

# **Meerjarige Monitor Psychische Problematiek I: 2009-2011**

Utrecht, NIVEL:  
Marloes van Dijk  
Peter Verhaak

Utrecht, DBC-Onderhoud:  
Richard Boxem

Eindversie, mei2013



Dit rapport is opgesteld in opdracht van het Capaciteitsorgaan

ISBN 978-94-6122-228-2

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond project	7
1.2 Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg	7
1.3 Vraagstelling	10
1.4 Indeling van deze rapportage	11
<b>2 Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Opzet van het onderzoek	13
2.2 De gebruikte databases	13
2.2.1 NIVEL Zorgregistraties: huisartsen	13
2.2.2 NIVEL Zorgregistraties: Eerstelijns Psychologen	15
2.2.3 DBC-Informatie Systeem	17
2.3 Statistische analyses	18
<b>3 Resultaten</b>	<b>19</b>
3.1 Symptomen en diagnoses	19
3.1.1 Huisarts	19
3.1.2 Eerstelijnspsycholoog	20
3.1.3 Gespecialiseerde GGZ	21
3.1.4 Samenvattend	23
3.2 Co-morbiditeit	24
3.2.1 Eerstelijnspsycholoog	24
3.2.2 Gespecialiseerde GGZ	25
3.3 Functies	27
3.3.1 Huisarts	27
3.3.2 Eerstelijnspsycholoog	27
3.3.3 Gespecialiseerde GGZ	28
3.4 Verhouding klinisch ambulant	30
<b>4 Discussie en conclusie</b>	<b>31</b>
4.1 Psychische hulpvragen	31
4.2 Co-morbiditeit	33
4.3 Behandelfuncties	34
4.4 Opnames gespecialiseerde GGZ	36
4.5 Conclusie	37



## Samenvatting

In dit rapport wordt voor de periode 2009-2011 een overzicht gegeven van het aantal psychische hulpvragen en bijhorende functies binnen verschillende settings: huisartspraktijken, bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen, GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten. Het doel hiervan is om de ontwikkelingen te schetsen in de vraag naar psychische zorg vanaf 2009, op basis waarvan het Capaciteitsorgaan kan beslissen over de benodigde inzet van menskracht op het gebied van de diverse psychologische beroepen in de komende jaren. Dit is nodig omdat er in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 gestreefd wordt naar een versterking van de basis-GGZ (basiszorg en generalistische GGZ) en tevens een beheersing van de uitgavengroei, waarvoor de afbakening van verzekerde zorg wordt aangescherpt. Hierdoor is de verwachting dat er in de komende jaren sprake zal zijn van verschuivingen in aantallen en in type stoornissen, wat kan leiden tot een verschuiving in de behoefte aan diverse soorten psychologische hulpverleners.

Gegevens voor de huisartspraktijk, bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ zijn verkregen uit verschillende databases, respectievelijk NIVEL Zorgregistraties Huisartsen, NIVEL Zorgregistraties Eerstelijnspsychologen en het DBC-Informatiesysteem. Uit deze databases zijn gegevens verkregen met betrekking tot het aantal patiënten met psychische problematiek, mogelijke co-morbiditeit en toegepaste behandel functies, waarmee we mogelijke verschuivingen over de periode 2009-2011 kunnen waarnemen. Er wordt gesproken van een verschuiving als er in 2011 sprake was van een toe- of afname van  $\geq 10\%$  ten opzichte van 2009.

### *Symptomen en diagnoses*

Er kwamen in 2011 significant meer patiënten met psychische problemen bij de huisarts dan in 2009. Het aantal patiënten met een Stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I dat in 2011 onder behandeling was bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog is afgenomen met bijna 10% ten opzichte van 2009. We hebben echter minder zicht op de exacte aantallen eerstelijnspsychologen die bij de LVE zijn aangesloten, waardoor we hier geen harde conclusies aan kunnen verbinden.

Voor de gespecialiseerde GGZ is alleen sprake van een toename van 16% van het aantal patiënten met een Stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I bij GGZ vrijgevestigde specialisten. Daarnaast waren er in 2011 bijna 35% minder patiënten met een aanpassingsstoornis onder behandeling bij een eerstelijnspsycholoog. Bij de gespecialiseerde GGZ waren juist meer patiënten met een aandachtstekortstoornis of pervasieve ontwikkelingsstoornis onder behandeling. Vanwege het feit dat momenteel (2013) behandeling voor de diagnose aanpassingsstoornis bij eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ niet meer wordt vergoed, is de verwachting dat het aantal patiënten met deze diagnose de komende jaren zal afnemen. In dit rapport is deze trend alleen te zien bij eerstelijnspsychologen. Met behulp van de hier gepresenteerde cijfers kan komende jaren bepaald worden of deze trend zich voortzet en eveneens bij de gespecialiseerde GGZ waar te nemen is.

### *Co-morbiditeit*

Binnen de settings LVE-eerstelijnspsychologen en de gespecialiseerde GGZ is, naast de primaire diagnose op as-I, voor elke patiënt genoteerd of er sprake was van een achterliggende persoonlijkheidsstoornis (as-II), bijkomende somatische ziekten (as-III) of psychosociale en omgevingsproblemen (as-IV). Patiënten met co-morbiditeit hebben vaak langere en/of complexere behandeling nodig dan patiënten met alleen een primaire diagnose op as-I, waardoor ze vaak terecht zullen komen bij de gespecialiseerde GGZ. Voor beide settings geldt dat  $\pm 80\%$  van de patiënten met een as-I stoornis, daarnaast ook psychosociale of omgevingsproblemen heeft (as-IV), en hier is geen verschuiving te zien in de periode 2009-2011. Wel zien we dat patiënten die bij de gespecialiseerde GGZ onder behandeling zijn iets vaker ( $\pm 30\%$ ) eveneens een somatische ziekte (as-II) hebben dan patiënten bij de eerstelijnspsycholoog ( $\pm 20\%$ ). Dit percentage bij zowel GGZ-instellingen als GGZ vrijgevestigde specialisten vertoont in 2011 een lichte daling ten opzichte van 2009.

### *Functies*

Een opvallend resultaat bij de huisarts was het aantal afgenomen (met 14%) verwijzingen naar de tweedelijns GGZ. Daarnaast werden er juist 30% meer patiënten doorverwezen naar de eerstelijns GGZ. Om te spreken van een versterking van de basis-GGZ, en dus minder verwijzingen naar de tweedelijns GGZ, zijn de verwijscijfers van komende jaren van groot belang.

Er waren in 2011 minder patiënten bij een LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog onder behandeling die behandeling kregen (10%) crisisinterventie (17%) of psychofarmaca gebruikten (15%), ten opzichte van 2009. Deze afnames kunnen verklaard worden doordat er in 2011 ook bijna 10% minder eerstelijnspsychologen geregistreerd stonden in onze database Zorgregistraties Eerstelijnspsychologen.

Binnen de gespecialiseerde GGZ zien we voor GGZ-instellingen geen verschuiving in het aantal afgesloten DBC's voor primaire as-I diagnoses, maar er zijn wel meer fte gedeclareerd voor de functies diagnostiek, psychotherapie en farmacotherapie. Ook bij GGZ vrijgevestigde specialisten zijn toenames te zien in het aantal gedeclareerde fte voor de functies diagnostiek, steunend en structurerend, psychotherapie en farmacotherapie. Hier waren in 2011 eveneens meer patiënten onder behandeling dan in 2009, wat de verschuiving kan verklaren.

### *Inzet van psychologische beroepen*

Uiteindelijk doel van dit overzicht is om de consequenties van deze ontwikkelingen te schetsen voor de opleiding van psychologische beroepen. Dit is een eerste meting die nog niet veel beweging laat zien. Een reeds waarneembare trend in de onderzochte periode 2009-2011 lijkt te zijn dat er een groter beroep op huisarts en eerstelijns GGZ ten opzichte van tweedelijns GGZ gedaan wordt.

De tijdreeks is nog te kort (en de ingrijpende maatregelen zullen op 1 januari 2014 pas ingaan) om nu al conclusies daaraan te verbinden. Gezien de intentie om dit een langdurige monitor te laten zijn, is dat ook nog niet de bedoeling. De komende jaren zullen leren of deze trends zich voortzetten.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond project

Het Capaciteitsorgaan stelt, onder meer, ramingen op voor het jaarlijks benodigde aantal opleidingsplaatsen voor een vijftal beroepen geestelijke gezondheid (gz psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch-neuro-psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist ggz). Ter ondersteuning hiervan heeft het Capaciteitsorgaan behoefte aan inzicht in de ontwikkeling in de tijd van psychische hulpvragen. Het doel van de monitoring van psychische hulpvragen en verwijzingen is om de ontwikkelingen te schetsen in de vraag naar psychische zorg vanaf 2009, op basis waarvan het Capaciteitsorgaan kan beslissen over de benodigde inzet van menskracht op het gebied van de diverse psychologische beroepen in de komende jaren.

Omdat deze verschillende beroepen soms in de generalistische zorg, soms uitsluitend in de specialistische zorg inzetbaar zijn, is het van belang dat de monitoring ook een goed beeld geeft van de vraag naar psychische zorg binnen verschillende sectoren van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), zoals de basiszorg, de generalistische GGZ – samen de basis-GGZ vormend - en de gespecialiseerde (tweedelijns) GGZ.

Tevens is de inzet van sommige van deze beroepen ook duidelijk gericht op specifieke stoornissen (b.v. alleen op stoornissen van kinderen) of specifieke functies (b.v. vooral op diagnostiek), terwijl andere zich in principe op alle psychische stoornissen richten en/of alle mogelijke functies vervullen. Daarom is het van belang dat deze monitor ook een goede specificatie biedt van de verschillende klachten en stoornissen waarvoor hulp gevraagd wordt en de verschillende functies die worden ingezet.

Algemeen gesteld is het doel van deze monitor, dat op basis van de specificaties naar type setting, type stoornis en type functie uitgemaakt kan worden aan welk aanbod van de verschillende psychologische beroepsgroepen op dat tijdstip van de hierboven genoemde type psychologische hulpverleners behoefte zou bestaan.

In dit inleidende hoofdstuk zullen we achtereenvolgens stil staan bij de organisatie van de GGZ waarbinnen de geschetste psychische hulpvraag wordt verwerkt, en bij de veranderingen in deze organisatie wanneer de GGZ in basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ georganiseerd zal zijn. Hieruit volgen de mogelijke consequenties voor de beroepskrachtenplanning in de GGZ die de achtergrond vormen voor de onderzoeksvragen, die we daarna presenteren. De inleiding wordt afgesloten met de indeling van de rest van het rapport.

## 1.2 Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg

*Tot 2012*

Binnen de GGZ kunnen een aantal sectoren onderscheiden worden. Sinds lange tijd is er het onderscheid tussen de eerstelijnsgezondheidszorg, waar de meeste hulpvragen zich in eerste instantie aandienen, en tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, waar zorg in

meer gespecialiseerde zin wordt geboden. Binnen de *eerstelijnsgezondheidszorg* was van oudsher de huisarts het eerste loket waar mensen met gezondheidsklachten (ook psychische problemen) zich aandienden. Vanaf de jaren zeventig in de vorige eeuw richtte ook het vrij toegankelijke Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) zich op mensen met problemen in de psychische en relationele sfeer. Vanaf de 80-er jaren zijn eerstelijnspsychologen (ELP's) zich met een generalistische benadering van klachten en stoornissen in de eerste lijn gaan vestigen. Deze eerstelijns psychologische hulp werd in eerste instantie in het kader van aanvullende ziekenfonds en particuliere verzekeringen vergoed. In 2002 werd een Tweede Kamerbrede motie aangenomen om de hulp door eerstelijnspsychologen voortaan via het ziekenfonds te vergoeden. Sinds 2008 maakt de eerstelijns psychologische hulp (tot een zeker maximum en met een eigen bijdrage) deel uit van de basisverzekering in de vorm van de functionele voorziening eerstelijnspsychologische zorg (EPZ). Echter, eerstelijnspsychologen werden beperkt in hun speelruimte door de opgelegde eigen bijdrage, een gelimiteerd aantal zittingen en wisselende, beperkende regelgeving (werkgebied en prestaties). In beginsel is de toegang tot de EPZ vrij, maar bij de werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is destijds afgesproken dat een verwijzing van de huisarts nodig is als men voor vergoeding uit de Zvw in aanmerking wil komen. Eerstelijnspsychologen zijn psychologen met beroepstitel GZ-psychologie en meestal een extra registratie als eerstelijnspsycholoog. Mede hiervoor registreren zij hun prestaties op cliëntniveau en gegevens in het LVE<sup>1</sup>-codeboek, een zelf ontwikkeld registratiesysteem voor rapportage en informatieverschaffing. Sinds enkele jaren is dit ondergebracht bij het NIVEL.

Met de komst van de zogenaamde consultatie-regeling rond 2000 gingen ook tweedelijns GGZ-instellingen GGZ bieden binnen de huisartspraktijk, met gebruikmaking van experimentgelden en AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)-middelen. Dit aanbod, in het NZA (Nederlandse Zorgautoriteit) advies (2012) nu gekarakteriseerd als “vooruitgeschoven tweede lijn en/of voorwaarts geïntegreerde instellingen” werd in eerste instantie vrijwel alleen geboden door Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) die vanuit de GGZ-instellingen werden aangeleverd, soms gesuperviseerd door een psychiater. Later zijn ook andere beroepsbeoefenaren, waaronder ook basis-, GZ-psychologen en AMW, dit werk gaan doen.

Binnen de gespecialiseerde tweedelijns GGZ, waar men alleen na verwijzing door de huisarts terecht kan, zijn o.a. psychiaters, GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten werkzaam.

#### *Situatie na invoering basis-GGZ*

In het onlangs uitgebrachte advies van de NZA aangaande de basis-GGZ wordt voorgesteld dat Geestelijke Gezondheidszorg als basiszorg wordt verstrekt binnen de huisartsvoorziening. Alle vormen van psychische hulpvragen, klachten en symptomen, zowel als mensen met een omschreven psychische stoornis kunnen hier terecht. Binnen de *basiszorg* wordt algemene diagnostiek gedaan (er wordt geschift tussen “pluis” en “niet pluis”, symptomen die waarschijnlijk snel en vaak vanzelf over zullen gaan, en symptomen die wijzen op het bestaan van een “stoornis”) en er vindt eenvoudige behandeling plaats. De huisarts speelt een hoofdrol, deze kan taken delegeren aan de

---

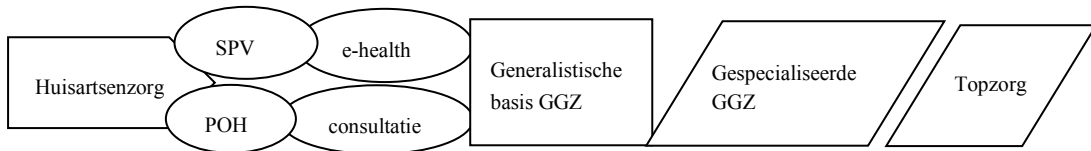
<sup>1</sup> De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen: in 2010 waren circa 1.050 eerstelijnspsychologen lid van deze vereniging. In het LVE-codeboek registreren eerstelijnspsychologen de contacten met hun patiënten.



praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), met beperkte bevoegdheden, en er is ook de mogelijkheid dat een psychiater of psycholoog in dit kader geraadpleegd wordt voor nadere diagnostiek.

Dit advies is met de volgende figuur in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 terecht gekomen, waarin t/m de generalistische zorg sprake is van de eerstelijns GGZ en daarna van gespecialiseerde GGZ.

Figuur 1 De GGZ zoals die is weergegeven in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.



Meer toegespitst op gerichte kortdurende behandeling van enkelvoudige psychische stoornissen kan generalistische zorg binnen de eerste lijn geboden worden. Dan is sprake van *generalistische GGZ*. In dit kader wordt meer geavanceerde diagnostiek gepleegd en is er sprake van kortdurende behandeling. Generalistische GGZ kan geboden worden door de huidige eerstelijnspsychologen, maar in de toekomst kunnen zich voor die functie ook andere daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)) melden. Voor generalistische GGZ dient men verwezen te worden. Generalistische GGZ wordt verondersteld alleen gegeven te worden als er sprake is van een omschreven psychiatrische stoornis, zoals vastgelegd in de DSM-IV<sup>2</sup>. Sterker, het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) volgend, komen sommige DSM-IV stoornissen, met name de “aanpassingsstoornis”, niet in aanmerking voor generalistische of specialistische GGZ. De discussie hierover is nog gaande. *Basiszorg* en *generalistische GGZ* tezamen worden betiteld als *basis-GGZ*. Ondanks de omschrijving van basis-GGZ in het NZA advies (2012), is de exacte vormgeving van deze basis-GGZ momenteel nog niet helemaal duidelijk.

Naast de basis-GGZ is er de gespecialiseerde GGZ, uiteraard alleen na verwijzing toegankelijk. Wanneer kortdurende behandeling niet volstaat, ingewikkelde diagnostiek nodig is, een opname geïndiceerd is, of er sprake is van een crisissituatie, komt men in aanmerking voor gespecialiseerde GGZ. Van de psychologische beroepsgroepen die we in deze studie voor ogen hebben zijn met name klinisch psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten GGZ min of meer exclusief werkzaam binnen de huidige tweedelijns instellingen die gespecialiseerde GGZ bieden. Klinisch neuropsychologen, voor zover werkzaam in de GGZ, zijn ook hoofdzakelijk werkzaam binnen de tweedelijns GGZ. Dat wil zeggen, deze beroepsgroepen werken te gespecialiseerd om een werkring te kunnen vinden in de basis-GGZ of de generalistische GGZ.

In het bestuurlijk akkoord wordt gestreefd naar een beheersing van de uitgavengroei. Daartoe wordt de afbakening van verzekerde zorg aangescherpt. Dit zou moeten leiden tot een terugloop van bepaalde stoornissen in de gespecialiseerde en generalistische GGZ.

<sup>2</sup> De diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: dit is een standaardwerk voor psychiaters en psychologen dat psychische klachten en symptomen vertaalt in een diagnose.

Het is de vraag of daarmee andere stoornissen vaker zullen gaan optreden binnen die circuits of dat de totale zorgvraag met dat soort maatregelen ook gaat afnemen. Ook wordt gestreefd naar een reductie van het aantal bedden in de intramurale GGZ. Ook hiervan kan men verwachten dat dat tot een toename van vraag om ambulante gespecialiseerde GGZ zal leiden. Kortom, de verwachting is dat er de komende jaren, met name vanaf 2012, sprake zal zijn van verschuivingen in aantallen en in type stoornissen die binnen de onderscheiden zorgsectoren worden aangetroffen. Dit zou op zijn beurt weer kunnen leiden tot een verschuiving in type functies (diagnostiek, behandeling, crisisinterventie e.d.) die in verschillende sectoren worden aangetroffen. En daarmee zal er dus een verschuiving kunnen optreden in de behoefte aan diverse soorten psychologische hulpverleners. Dit betekent dat de ontwikkelingen in de vraag naar psychische zorg gedifferentieerd in kaart moeten worden gebracht. We streven ernaar om per zorgsector de vraag naar specifieke functies (diagnostiek, behandeling, crisisinterventie etc.) per type zorgvraag (symptoom/stoornis) in kaart te brengen.

Omdat we alleen de hulpvragen binnen de basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ in beeld brengen, verliezen we een deel van het werkveld van sommige van de psychologische beroepen uit het oog: 37% van de orthopedagogen en 9% van de GZ-psychologen zonder verdere specialisatie werken in instellingen voor gehandicaptenzorg<sup>3</sup>; 53% van de klinisch neuropsychologen, 16% van de klinisch psychologen en 13% van de verpleegkundig specialisten GGZ werken in algemene of academische ziekenhuizen (Batenburg en van der Velden 2012). De DBC's van Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK) en de Psychiatrische Afdeling Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) zijn in dit rapport opgenomen bij de GGZ-instellingen (gespecialiseerde GGZ).

### 1.3 Vraagstelling

De hoofdvraagstelling van dit onderzoek over de periode 2009 - 2011 luidt:  
Welke psychische problemen (uitgesplitst in hoofdgroepen DSM-IV<sup>4</sup>) worden in welke aantallen (prevalentie/jaar) binnen welke setting (huisartspraktijk, eerstelijnspsychologen, GGZ-instelling, vrijgevestigde tweedelijns GGZ) met welke functies (diagnostiek, crisisinterventie, kortdurende behandeling, psychotherapie, farmacotherapie) aangetroffen op verschillende meetmomenten (2009 - 2011)?

---

<sup>3</sup> Met betrekking tot de psychologische hulpvraag in de gehandicaptenzorg is afgesproken dat we jaarcijfers hieromtrent van de Vereniging Gehandicaptenzorg zouden krijgen. Dat is voor deze rapportage nog niet geëffectueerd, maar dit zal in de volgende rapportage met terugwerkende kracht worden opgenomen.

<sup>4</sup> In de huisartspraktijk: ICPC categorieën binnen hoofdstuk P. Op een globaal niveau is het mogelijk de in de huisartspraktijk gebruikte classificatie in de ICPC compatibel te maken met de hoofdcategorieën van de DSM-IV.

Mocht in de komende jaren de DSM-V geïntroduceerd worden in de binnen DBC-onderhoud gebruikte classificaties, dan zal voor de vergelijking in de tijd ook een "vertaalslag" van DSM-IV met DSM-V plaats moeten vinden.

Deelvraagstellingen zijn:

- Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ naar huisartspraktijk?
- Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?
- Indien verschuiving in diagnose categorieën: verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III- of as-IV problematiek?
- Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?
- Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de gespecialiseerde GGZ?

#### **1.4 Indeling van deze rapportage**

In het volgende hoofdstuk bespreken we de databases die in deze studie zijn gebruikt: NIVEL Zorgregistraties, voor zover het de registratie van huisartsen en eerstelijnspsychologen betreft, en het DBC-informatie systeem, waar het gaat om gegevens van GGZ-instellingen en vrijgevestigde GGZ beroepsbeoefenaars. We bespreken daar per database de representativiteit van de gegevens, de wijze waarop het psychisch probleemaanbod per database gedefinieerd is, en de wijze waarop diverse functies in deze databases gestalte hebben gekregen. In hoofdstuk 3 geven we de resultaten weer over de periode 2009-2011. Achtereenvolgens komen per sector (huisarts, eerstelijnspsycholoog, GGZ-instellingen en gespecialiseerde vrije beroepsbeoefenaren) aan de orde: het psychiatrische probleemaanbod, de mate waarin co-morbiditeit optreedt, de functies die in verschillende sectoren worden uitgeoefend en de verhouding tussen klinisch en ambulant (dit laatste geldt voor GGZ-instellingen). In hoofdstuk 4 komen we tot een discussie over de resultaten op grond waarvan we een antwoord op de gestelde vragen formuleren.



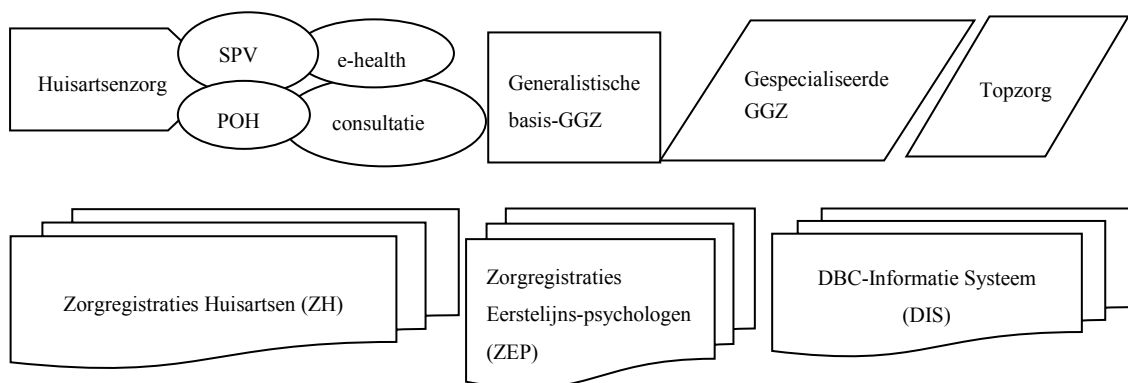
## 2 Methode

### 2.1 Opzet van het onderzoek

Om de gestelde vragen te beantwoorden is het nodig om per meetmoment (jaarlijks, vanaf 2009) vast te stellen hoeveel GGZ-hulpvragen gesteld zijn in de verschillende settings die in figuur 1 worden onderscheiden. We zullen dit in dit onderzoek doen voor de volgende settings: huisartspraktijk, eerstelijnspsychologen, gespecialiseerde GGZ-instellingen en gespecialiseerde GGZ zelfstandig gevestigden.

Het NIVEL beschikt over een aantal zorgregistraties waaraan gegevens kunnen worden ontleend die ons informeren over de hulpvraag naar GGZ binnen de huisartspraktijk (Zorgregistraties Huisartsen (ZH)) en binnen de eerstelijns GGZ, voor zover die geleverd wordt door eerstelijnspsychologen (Zorgregistraties Eerstelijns Psychologen (ZEP)). Binnen DBC-Informatie Systeem (DIS) worden de DBC-declaraties voor de gespecialiseerde GGZ geregistreerd. Figuur 2 laat zien hoe deze registraties op de diverse onderdelen van de GGZ, zoals geschetst in het Bestuurlijk Akkoord, betrekking hebben. We zullen hieronder deze verschillende registratiesystemen nader beschrijven.

Figuur 2 Databases die gegevens over de onderscheiden GGZ-delen opleveren.



### 2.2 De gebruikte databases

#### 2.2.1 NIVEL Zorgregistraties: huisartsen

##### *De database*

Zorgregistraties Huisartsen telt 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 patiënten. In deze praktijken worden continue 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen verzameld. Ieder contact met de huisarts wordt geregistreerd, waarbij een diagnose wordt geregistreerd en geclassificeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC). Alle

voorgeschreven medicijnen worden geregistreerd en geassocieerd in de ATC-code (Anatomisch Therapeutische Classificatie) voor geneesmiddelen. Verwijzingen worden geregistreerd met vastlegging van de instantie waarheen verwezen is. Wanneer een huisarts een POH-GGZ of SPV in de praktijk inzet, wordt dit binnen de verrichtingen module geregistreerd.

De ingeschreven patiënten populatie (“population at risk”) is bekend. Daarmee kunnen gegevens per 1.000 ingeschreven patiënten worden gegenereerd die in principe generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse bevolking.

De praktijken binnen Zorgregistraties Huisartsen zijn representatief voor Nederland met betrekking tot regio en urbanisatiegraad en de huisartsen wijken qua leeftijd, geslacht en jaren van expertise niet af van de landelijke populatie huisartsen. De ingeschreven patiënten vormen naar leeftijd en geslacht een goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking. Alleen vrouwen boven de 75 jaar zijn licht ondervertegenwoordigd. Daarom kunnen de cijfers per 1.000 ingeschreven patiënten die we presenteren beschouwd worden als cijfers per 1.000 Nederlanders.

### *Behandelde problematiek*

De huisartsen binnen Zorgregistraties Huisartsen registreren ieder contact met een patiënt, waarbij een diagnose wordt geregistreerd en geassocieerd in de ICPC. De ICPC is in Nederland geaccepteerd als standaard voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. De ICPC is een classificatiesysteem bestaande uit 17 hoofdstukken, elk met een lettercode. Binnen ieder hoofdstuk zijn onder andere de volgende componenten aanwezig: symptomen en klachten (01-29) en diagnoses en ziekten (70-99). De klachten en ziekten met betrekking tot de psychische gezondheid worden gecodeerd in het P-hoofdstuk van de ICPC.

Binnen de setting huisartspraktijk is het voorkomen per 1.000 ingeschreven patiënten van één of meerdere contacten vanwege een diagnose in het P-hoofdstuk van de ICPC berekend. Voor de noemer hiervan is gebruik gemaakt van alle ingeschreven patiënten in dat jaar bij de deelnemende praktijken. Omdat een deel van deze patiënten niet gedurende het hele jaar ingeschreven stond bij deze praktijken is hiervoor gecorrigeerd. Voor de teller is berekend hoeveel patiënten er per jaar (2009, 2010 en 2011) bij de huisarts kwamen waarbij een diagnose in het P-hoofdstuk is vastgesteld. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende psychische klachten<sup>1</sup> en psychische ziekten<sup>2</sup>. De aantallen P-diagnoses bij de huisarts zijn onderverdeeld naar leeftijd en geslacht van de patiënten. Deze aantallen zijn omgerekend naar 1.000 bij de huisarts ingeschreven patiënten, voor de jaren 2009, 2010 en 2011.

### *Functies*

Binnen Zorgregistraties Huisartsen is bekend hoeveel patiënten met een ICPC-code in het

---

<sup>1</sup> P01: angstig/nerveus/gespannen gevoel; P03: down/depressief gevoel; P15 + P16: acuut of chronisch alcoholmisbruik; P18 + P19: overig middelenmisbruik; P11 + P21 t/m P24: stoornissen kinderen; P01 t/m P29, behalve de hiervoor genoemde P-diagnoses: overige psychische klachten.

<sup>2</sup> P70: seniele dementie/Alzheimer; P72: schizofrenie; P73: affectieve psychose; P74: angststoornis; P76: depressie; P78: overspannenheid; P80: persoonlijkheidsstoornis; P70 t/m P99, behalve de hiervoor genoemde P-diagnoses: overige psychische ziekten.

P-hoofdstuk verschillende soorten psychofarmaca kregen en hoeveel patiënten verwezen werden. De psychofarmaca kunnen worden uitgesplitst naar hoofdcategorieën (antidepressiva, antipsychotica, anxiolytica, hypnotica en sedativa, dementiemiddelen en middelen bij alcoholverslaving) en de verwijzingen naar de categorieën eerstelijns GGZ (ELP, AMW, SPV) en gespecialiseerde GGZ (GGZ-instelling, psychiatrie, psychotherapeut). Ten slotte is bekend bij hoeveel patiënten met een ICPC-code in het P-hoofdstuk de huisarts een POH-GGZ heeft ingezet. Aantallen patiënten met een psychische diagnose waarbij psychofarmaca zijn voorgeschreven, die verwezen werden of waarbij een POH-GGZ is ingezet, worden ook weer uitgedrukt in aantallen per 1.000 ingeschreven patiënten.

### 2.2.2 NIVEL Zorgregistraties: Eerstelijns Psychologen

#### *De database*

Zorgregistraties Eerstelijns Psychologen (ZEP) is een landelijke database gebaseerd op het LVE-codeboek waarin in principe alle bij de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) aangesloten eerstelijnspsychologen jaarlijks de patiëntgegevens aanleveren van de in het betreffende jaar afgesloten contacten. Zie tabel 2.1 voor aantallen en representativiteit van het netwerk.

Tabel 2.1 Aantal aan ZEP deelnemende eerstelijnspsychologen, het aantal patiënten bij deze eerstelijnspsychologen en de percentages van het totaal aantal bij LVE aangesloten eerstelijnspsychologen in 2009, 2010 en 2011

	2009	2010	2011
Aantal deelnemende eerstelijnspsychologen	650	613	583
Aantal patiënten	56.293	55.065	52.857
Percentage van totaal aantal bij LVE aangesloten eerstelijnspsychologen	61,9%	60,2%	65,3%

Uit het percentage in de vierde rij van bovenstaande tabel blijkt dat ruim 60% van de bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen de gegevens van hun patiënten aanleveren voor de database. Door de aantallen patiënten per jaar op te hogen met 100% deelnemende psychologen denken we een adequate schatting te maken van het aantal mensen dat jaarlijks door een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog gezien is. Patiënten van niet bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen blijven buiten ons zicht en we denken, afgaande op cijfers van zorgverzekeraars, dat dat de helft tot twee derde van alle mensen die eerstelijnspsychologische hulp krijgen is. Omdat we een goed beeld hebben van de mate waarin de LVE-psychologen in ons Zorgregistraties Eerstelijns Psychologen gerepresenteerd zijn, achten we bovengenoemde ophoging tot alle bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen gerechtvaardigd. We geven daarmee echter niet een schatting van het absolute aantal patiënten van alle eerstelijnspsychologen per jaar, maar van het aantal patiënten van *bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen*.

### *Behandelde problematiek*

Van iedere patiënt wordt de leeftijd en geslacht geregistreerd door de eerstelijnspsychologen, en ook zijn diagnose op as-I van de DSM-IV. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen en wordt door psychologen, en in het algemeen door alle hulpverleners in de GGZ, gebruikt om diagnoses te rubriceren. Aan de hand van de beschrijving van objectieve kenmerken kunnen mentale afwijkingen geïdentificeerd worden. Diagnostiek volgens de DSM vindt plaats vanuit vijf diagnostische assen:

- I) Primaire symptomatologie;
- II) Achterliggende persoonlijkheidsstoornissen;
- III) (Bijkomende) somatische ziekten;
- IV) Psychosociale en uitlokkende factoren;
- V) Niveau van functioneren.

Per jaar is vastgesteld hoeveel patiënten met een specifieke diagnose gezien werden bij de eerstelijnspsycholoog. Dit absolute aantal vertalen we vervolgens weer naar aantallen per 1.000 Nederlanders, waarbij de CBS bevolkingsstatistiek van het betreffende jaar als noemer is gebruikt. Daarnaast is dit per diagnose uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, en ook uitgedrukt als promillage van het aantal in dat jaar aanwezige Nederlanders in de betreffende leeftijd/geslacht categorie. Hierbij is voor de primaire psychiatrische stoornis (as-I) onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende stoornissen<sup>3</sup>.

### *Co-morbiditeit*

Zoals gezegd wordt van een betreffende patiënt in de DSM-IV niet alleen de primaire psychiatrische stoornis vast gesteld, maar wordt ook op as-II vastgesteld of er sprake is van persoonlijkheidsstoornissen, op as-III of er sprake is van significante somatische co-morbiditeit en op as-IV of er sprake is van meespelende psychosociale problemen.

Score op as-II van de DSM-IV:

- Schizoïde/schizotypische persoonlijkheidsstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis

Score op as-III van de DSM-IV:

- As-III problematiek aanwezig

Score op as -IV van de DSM-IV:

- As -IV problematiek aanwezig

Combinatie van primaire psychiatrische problematiek met problematiek op andere assen maakt die eerste meer complex. Om die complexiteit in beeld te brengen is per jaar vastgesteld voor welk percentage patiënten er sprake was van psychiatrische diagnoses op as-I in combinatie met problematiek op as-II, as-III of as-IV.

### *Functies*

De gegevens die beschikbaar zijn en die relevant zijn voor onze vraagstelling zijn naast de diagnose, ook de hulpverlener via wie de patiënt bij de eerstelijnspsycholoog terecht is gekomen en een aantal aspecten van de behandel functies (diagnostiek, behandeling, crisis, farmacotherapie). Van iedere patiënt is vastgesteld of er sprake is van één van deze functies.

---

<sup>3</sup> Aanpassingsstoornis; angststoornis; stemmingsstoornis; stoornissen kinderen; overige stoornissen op as-I.



Ook is er van iedere behandeling aangegeven of deze in wederzijds overleg werd beëindigd, eenzijdig werd afgebroken of dat de patiënt werd doorverwezen. In dat laatste geval is de instantie waarnaar verwezen werd bekend. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende verwijzingen:

- Eerstelijns GGZ: Andere ELP, AMW, huisarts;
- Gespecialiseerde GGZ: Tweede- en derdelijns GGZ (niet gespecificeerd).

### 2.2.3 *DBC-Informatie Systeem*

#### *De database*

Het DBC-Informatie Systeem (DIS) is een door DBC-Onderhoud beheerde landelijke database waarin de declaraties van alle tweedelijns GGZ zorg wordt aangeleverd. GGZ zorgaanbieders zijn per 2008 verplicht om alle declaraties van zowel zorgverzekeraars als individuele patiënten aan DIS te leveren. DIS bevat momenteel over deze periode meer dan drie miljoen DBC's en meer dan 30 miljoen behandelcontacten. De gegevens die in DIS zijn opgenomen, zijn populatiegegevens. In de analyses voor dit rapport zijn DBC's mee genomen die t/m half december 2012 aan DIS zijn aangeleverd.

#### *Behandelde problematiek*

De beschikbare gegevens die relevant worden geacht voor de vraagstelling is de primaire diagnose op as-I (in termen van DSM-IV). Het absolute aantal patiënten vertalen we vervolgens weer naar aantallen per 1.000 Nederlanders, waarbij de CBS bevolkingsstatistiek van het betreffende jaar als noemer is gebruikt. Daarnaast is dit per diagnose uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, en ook uitgedrukt als promillage van het aantal in dat jaar aanwezige Nederlanders in de betreffende leeftijd/geslacht categorie. Voor GGZ-instellingen en vrijgevestigden in de gespecialiseerde GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de meest voorkomende DSM-IV categorieën<sup>4</sup>.

#### *Co-morbiditeit*

Co-morbiditeit onder de patiënten van GGZ-instellingen en vrijgevestigde specialisten wordt op dezelfde wijze vastgesteld als bij eerstelijnspsychologen het geval was: het percentage patiënten met onderscheiden psychiatrische diagnoses op as-I dat ook diagnoses op as-II (persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale en uitlokkende factoren) heeft.

#### *Functies*

Van alle diagnostische categorieën binnen DIS is vastgelegd wat de tijdsbesteding in minuten naar type behandelaar en het type behandel functie is. Deze gegevens zijn vervolgens volgens een standaardformule omgerekend naar het aantal fte per behandel functie. We onderscheiden de volgende behandel functies binnen de gespecialiseerde GGZ: diagnostiek, steunend en structurerend, psychotherapie, farmacotherapie, crisis opvang en verblijf (deze laatste wordt alleen vastgelegd bij de

---

<sup>4</sup> Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis; aanpassingsstoornis; angststoornis; depressieve stoornis; overige stoornissen in de kindertijd; persoonlijkheidsstoornis; pervasieve ontwikkelingsstoornis; schizofrenie en andere psychotische stoornissen; overige stoornissen op as-I.

GGZ-instellingen). Uit de behandel functie “verblijf” leiden we de verschuivingen tussen de klinische en ambulante sector binnen de GGZ af.

### 2.3 Statistische analyses

Om een antwoord te geven op de deelvraag of er sprake is van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ of huisartspraktijk, zijn mogelijke verschuivingen in de omvang van de psychische hulpvraag binnen de huisartspraktijk en eerstelijnspsycholoog (basis-GGZ) vergeleken met mogelijke verschuivingen in de omvang van de psychische hulpvraag binnen de gespecialiseerde GGZ. Wanneer er sprake is van een verschuiving van de gespecialiseerde GGZ naar de basis-GGZ zou een afname in het aantal psychische hulpvragen te zien moeten zijn bij de gespecialiseerde GGZ, en een toename bij de huisartspraktijk of eerstelijnspsycholoog. De deelvraag ‘was er in de periode 2009-2011 sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?’ is op verschillende manieren getoetst. Het verschil in omvang van de hulpvraag binnen de huisartspraktijk is getoetst met behulp van een Multilevel logistische regressieanalyse (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). Bij een p-waarde  $< 0,05$  was er sprake van een significant verschil. Deze Multilevel logistische regressieanalyse is toegepast op het totaal aantal patiënten met een psychische diagnose die in 2009, 2010 of 2011 bij de huisarts kwamen, waarbij 2011 is vergeleken met 2009. De gegevens voor de gespecialiseerde GGZ uit het DBC-Informatie Systeem zijn populatiegegevens, waardoor deze verder niet getoetst zijn. Om voor de gespecialiseerde GGZ na te gaan of er sprake was van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag, zijn de aantallen uit 2009 op 100% gezet. Wanneer in 2011 sprake was van een toe- of afname van  $\geq 10\%$  ten opzichte van 2009 spreken we van een verschuiving. Onze gegevens van eerstelijnspsychologen zijn geen populatiegegevens, maar deze zijn op dezelfde manier getoetst als net beschreven voor de gespecialiseerde GGZ. Dit geldt ook voor het beantwoorden van de deelvragen met betrekking tot mogelijke verschuivingen in comorbiditeit en de toepassing van functies. Uit de behandel functie “verblijf” zullen we op deze manier mogelijke verschuivingen tussen de klinische en ambulante sector afleiden, om daarmee de laatste deelvraag te kunnen beantwoorden.

## 3 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten gepresenteerd worden op basis waarvan we een antwoord kunnen geven op de in hoofdstuk 1 gestelde deelvragen. Per paragraaf zullen één of meerdere deelvragen behandeld worden en de resultaten ervan zullen per setting (huisarts, eerstelijnspsycholoog, gespecialiseerde GGZ) gepresenteerd worden.

### 3.1 Symptomen en diagnoses

- *Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?*
- *Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ naar huisartspraktijk?*

#### 3.1.1 Huisarts

Met behulp van de data die verzameld is door de deelnemende huisartsenpraktijken is voor 2009, 2010 en 2011 vastgesteld hoeveel mensen (per 1.000 ingeschreven patiënten) zich jaarlijks bij de huisarts meldden met symptomen en problemen die gecodeerd werden als “psychisch”. Tabel 3.1 laat deze cijfers zien voor de meest voorkomende klachten en ziekten die geclassificeerd werden in het P-hoofdstuk van de ICPC. Omdat patiënten soms meerdere contacten per jaar hadden voor één psychische diagnose, laat tabel 3.1 ook het aantal contacten vanwege een psychische diagnose zien.

Tabel 3.1 Het aantal mensen dat in 2009, 2010 of 2011 bij de huisarts kwam met psychische symptomen of problemen en het aantal contacten vanwege psychische diagnoses bij de huisarts (per 1.000 ingeschreven patiënten).

ICPC diagnoses	Aantal patiënten			Aantal contacten		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	13,42	12,50	12,77	13,97	13,22	12,96
1803: Down/depressief gevoel	7,07	7,16	8,30	7,41	7,77	8,44
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	3,01	3,16	3,41	3,09	3,52	3,51
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	2,60	2,46	2,89	2,76	2,75	3,00
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	11,12	12,64	14,24	11,90	14,00	14,78
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen:	46,87	49,23	58,59	48,12	52,12	60,12
Overige psychische klachten						
1870: Seniele dementie/Alzheimer	2,61	2,81	2,95	2,64	3,15	3,04
1872: Schizofrenie	0,88	0,90	1,17	0,91	0,96	1,19

1873: Affectieve psychose	1,08	1,01	1,12	1,20	1,19	1,16
1874: Angststoornis	8,65	8,64	9,92	9,41	9,62	10,29
1876: Depressie	19,85	18,61	19,99	21,72	21,26	20,92
1878: Overspannenheid	6,41	6,56	6,55	6,71	7,08	6,67
1880: Persoonlijkheidsstoornis	1,97	2,14	2,73	1,99	2,32	2,78
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses:	8,26	8,44	9,15	8,85	9,44	9,59
Overige psychische ziekten						
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>116,65</b>	<b>120,24</b>	<b>133,79</b>	<b>140,68</b>	<b>148,34</b>	<b>158,45</b>

Tabel 3.1 laat zien dat het totaal aantal patiënten met psychische symptomen en problemen binnen de huisartsenpraktijk is toegenomen in de jaren 2009, 2010 en 2011. Multilevel logistische regressieanalyse toont aan dat er in 2011 significant meer patiënten met psychische klachten bij de huisarts kwamen dan in 2009 ( $p < 0,05$ ). Vergeleken met 2009 is voor bijna alle P-klachten en P-ziekten het aantal patiënten in 2011 toegenomen, alleen de diagnose angstig/nerveus/gespannen gevoel vertoont een lichte daling in 2011. Tabel 3.1 laat zien dat de omvang van de hulpvraag binnen de huisartspraktijk is toegenomen in de periode 2009-2011. Zie tabellen A1 t/m A3 in de bijlage voor een overzicht van het aantal contacten vanwege een psychische diagnose bij de huisarts in 2009, 2010 en 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten.

### 3.1.2 Eerstelijnspsycholoog

Met data uit Zorgregistraties Eerstelijns Psychologen, geregistreerd door bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen, is voor 2009, 2010 en 2011 vastgesteld hoeveel mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I (per 1.000 Nederlanders) jaarlijks onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog. Tabel 3.2 geeft deze cijfers weer voor de meest voorkomende stoornissen op as-I.

Tabel 3.2 Het aantal mensen met de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen die in 2009, 2010 of 2011 bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren (per 1.000 Nederlanders).

DSM-IV as-I stoornis	2009	2010	2011
Aanpassingsstoornis	1,25	1,29	0,82
Angststoornis	0,83	0,83	0,85
Stemmingsstoornis	1,05	1,09	1,14
Stoornissen kinderen	1,09	1,20	1,04
Overige stoornissen op as-I <sup>1</sup>	1,26	1,24	1,16
<b>Totaal (stoornis op as-I)</b>	<b>4,40</b>	<b>4,45</b>	<b>3,98</b>

<sup>1</sup> Overige stoornissen: Aan een middel gebonden stoornis; delirium, dementie en amnestische en andere cogn. stoornis; somatoforme stoornis; eetstoornis; seksuele stoornis; specifieke stoornissen gediagnosticeerd voor het eerst; psychische stoornissen door somatische aandoeningen; dissociatieve stoornissen; slaapproblemen; stoornissen in de impulsbeheersing NAO; andere aandoeningen en problemen, reden voor zorg.

Tabel 3.2 laat zien dat het totaal aantal patiënten met een stoornis op as-I die onder behandeling waren bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog in 2011 licht is gedaald ten opzichte van 2009. In 2010 is er nog sprake van een lichte toename, maar in 2011 waren er bijna 10% minder patiënten met een as-I stoornis bij een ELP onder behandeling, vergeleken met twee jaar eerder. Van de meest voorkomende stoornissen op as-I, is alleen het aantal patiënten met een stemmingsstoornis ieder jaar licht gestegen ten opzichte van het jaar ervoor (tabel 3.2). Het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis die in 2011 onder behandeling waren bij een ELP is gedaald met bijna 35% ten opzichte van 2009. Tabel 3.2 laat zien dat de omvang van de hulpvraag bij de bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen is afgenomen in de periode 2009-2011, en dan met name het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis. Zie tabellen A4 t/m A6 in de bijlage voor een totaal overzicht van het aantal patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010 of 2011 bij een ELP onder behandeling waren, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

### 3.1.3 Gespecialiseerde GGZ

Met behulp van het DBC-Informatie Systeem (DIS) is voor 2009, 2010 en 2011 vastgesteld hoeveel DBC's er zijn afgesloten bij de gespecialiseerde GGZ (tweedelijns GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten) voor de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen. Omdat het kan voorkomen dat er in één jaar meerdere DBC's per persoon zijn afgesloten, is het aantal DBC's ook omgerekend naar het aantal behandelde patiënten met een as-I stoornis. Tabel 3.3 laat deze cijfers voor beide gevallen zien per 1.000 Nederlanders.

Tabel 3.3 Het aantal mensen met de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen die in 2009, 2010 of 2011 bij een GGZ-instelling of GGZ vrijgevestigde onder behandeling waren, en het aantal afgesloten DBC's voor de meest voorkomende DSM-IV as-I stoornissen bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden (per 1.000 Nederlanders).

DSM-IV as-I stoornis	Aantal patiënten					
	GGZ-instellingen			GGZ vrijgevestigden		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	3,59	4,10	4,21	0,33	0,44	0,45
Aanpassingsstoornis	4,41	4,49	4,04	0,70	0,78	0,73
Angststoornis	4,47	4,65	4,59	0,81	0,89	0,97
Depressieve stoornis	6,75	6,69	6,49	1,31	1,37	1,39
Overige stoornissen in de kindertijd	0,88	0,97	0,96	0,09	0,15	0,20
Persoonlijkheidsstoornis <sup>2</sup>	3,22	3,33	3,31	0,53	0,61	0,61

<sup>2</sup> Voor de afgesloten DBC's binnen de gespecialiseerde GGZ is de diagnose persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose gecodeerd op as-I (bij de eerstelijnspsychologen is de diagnose persoonlijkheidsstoornis alleen gecodeerd op as-II).

Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2,56	2,81	2,92	0,11	0,16	0,18
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,53	3,47	3,39	0,06	0,06	0,05
Overige stoornissen op as-I	14,26	14,52	13,86	1,32	1,50	1,54
<b>Totaal (stoornis op as-I)</b>	<b>43,67</b>	<b>45,03</b>	<b>43,78</b>	<b>5,25</b>	<b>5,96</b>	<b>6,12</b>
<b>Aantal afgesloten DBC's</b>						
	<b>GGZ-instellingen</b>			<b>GGZ vrijgevestigden</b>		
<b>DSM-IV as-I stoornis</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	4,00	4,63	4,73	0,36	0,48	0,48
Aanpassingsstoornis	4,89	5,00	4,67	0,77	0,84	0,79
Angststoornis	4,93	5,18	5,12	0,89	0,97	1,04
Depressieve stoornis	7,33	7,30	7,13	1,45	1,50	1,50
Overige stoornissen in de kindertijd	1,00	1,10	1,08	0,10	0,17	0,22
Persoonlijkheidsstoornis	3,46	3,61	3,64	0,59	0,68	0,67
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2,84	3,15	3,26	0,11	0,17	0,19
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,65	3,58	3,55	0,06	0,07	0,05
Overige stoornissen op as-I <sup>3</sup>	15,69	16,05	15,29	1,44	1,61	1,64
<b>Totaal (stoornis op as-I)</b>	<b>47,79</b>	<b>49,59</b>	<b>48,48</b>	<b>5,76</b>	<b>6,48</b>	<b>6,59</b>

Het bovenste deel van tabel 3.3 laat zien dat er in alle drie de jaren meer patiënten met een as-I stoornis onder behandeling waren bij GGZ-instellingen dan bij GGZ vrijgevestigde specialisten, namelijk ongeveer acht keer zoveel. Bij GGZ vrijgevestigden is het aantal patiënten met een as-I stoornis in 2011 met 16% toegenomen, ten opzichte van 2009. Bij de GGZ-instellingen is er geen sprake van een verschuiving. Met betrekking tot het aantal patiënten per stoornis is er bij GGZ-instellingen in 2011 voor de meeste stoornissen eveneens geen sprake van een verschuiving, maar er zijn twee uitzonderingen. Zo waren er in 2011 meer (17%) patiënten met een aandachtstekortstoornis onder behandeling bij GGZ-instellingen, en eveneens meer (14%) patiënten met een pervasieve ontwikkelingsstoornis dan in 2009. Het aantal patiënten per stoornis in 2011 bij GGZ vrijgevestigden is voor bijna alle stoornissen toegenomen ten opzichte van 2009, behalve voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen. De grootste stijgers zijn aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis (36%), overige stoornissen in de kindertijd (122%) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (63%). Tabel 3.3 laat zien dat de meeste patiënten binnen de gespecialiseerde GGZ onder behandeling zijn bij GGZ-

<sup>3</sup> Overige stoornissen: Aan alcohol gebonden stoornis; bipolair en overig; kinder- & jeugdstoornissen ouder/kind relatiestoornissen; kinder- & jeugdstoornissen primaire diagnosen; delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen; dissociatieve stoornissen; eetstoornissen; misbruik of verwaarlozing; nagebootste stoornissen; overige aan een middel gebonden stoornissen; overige andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn; psychische stoornissen door een somatische aandoening; seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen; slaapstoornissen; somatoforme stoornis; stoornissen in de impulsbeheersing.

instellingen en dat hier de omvang van de psychische hulpvraag niet is toe- of afgenomen. Een klein deel van de patiënten is onder behandeling bij GGZ vrijgevestigde specialisten, en hier is de omvang van de psychische hulpvraag wel toegenomen in de periode 2009-2011. Zie tabellen A7 t/m A12 in de bijlage voor een overzicht van het aantal afgesloten DBC's per stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I bij GGZ-instellingen en GGZ-vrijgevestigden in 2009, 2010 of 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten.

Wanneer men in tabellen A7 t/m A9 de instellingen vergelijkt met de vrijgevestigden dan is bij de instellingen de man:vrouw verhouding ongeveer 1:1 ieder jaar, bij de vrijgevestigden is dat ongeveer 1: 1,4.

### 3.1.4 *Samenvattend*

De beschreven resultaten in 3.1.1 t/m 3.1.3 zijn samengevat in tabel 3.4. Deze tabel laat het aantal patiënten zien dat zich in 2009, 2010 of 2011 met psychische problemen presenteerde bij de huisarts, een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog of de gespecialiseerde GGZ. Het advies van het College voor zorgverzekeringen volgend komen sommige DSM-IV stoornissen, met name de "aanpassingsstoornis" niet meer in aanmerking voor generalistische of gespecialiseerde GGZ. Momenteel (2013) wordt behandeling van aanpassingsstoornis als primaire diagnose inderdaad niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. De verwachting is dat dit zal leiden tot een toename in de behandeling van andere stoornissen, met name angststoornis en depressieve stoornis, waarbij aanpassingsstoornis dan als secundaire diagnose wordt gecodeerd. Om deze reden toont tabel 3.4 ook het aantal patiënten met respectievelijk een angststoornis en depressieve stoornis die binnen de verschillende settings onder behandeling waren in de periode 2009-2011.

Tabel 3.4 Het aantal mensen dat zich op jaarbasis met respectievelijk psychische problemen, een angststoornis of een depressieve stoornis presenteerde bij de huisarts, een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog of de gespecialiseerde GGZ: instellingen en vrijgevestigden (per 1.000 Nederlanders).

<b>As-I stoornis</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Huisarts	116,65	120,24	133,79
Eerstelijnspsycholoog	4,40	4,45	3,98
GGZ-instelling	43,67	45,03	43,78
GGZ vrijgevestigde	5,25	5,96	6,12
<b>Angststoornis</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Huisarts	8,65	8,64	9,92
Eerstelijnspsycholoog	0,83	0,83	0,85
GGZ-instelling	4,47	4,65	4,59
GGZ vrijgevestigde	0,81	0,89	0,97
<b>Depressieve stoornis</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Huisarts	19,85	18,61	19,99
Eerstelijnspsycholoog	1,05	1,09	1,14
GGZ-instelling	6,75	6,69	6,49
GGZ vrijgevestigde	1,31	1,37	1,39

Tabel 3.4 laat zien dat er in 2011 bijna 10% minder patiënten met psychische problemen onder behandeling waren bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog. Bij GGZ-instellingen is geen sprake van een verschuiving. Het aantal patiënten met psychische problemen bij de huisarts en GGZ vrijgevestigden is wel toegenomen. Er kwamen in 2011 significant meer patiënten met psychische klachten bij de huisarts ( $p < 0,05$ ), en er waren 16% meer patiënten met een as-I stoornis onder behandeling bij GGZ vrijgevestigden. Ondanks dat de psychische hulpvraag bij de huisarts significant is toegenomen in de periode 2009-2011, is er geen sprake in een afname van deze hulpvraag bij de gespecialiseerde GGZ, waardoor we kunnen zeggen dat er in deze jaren geen sprake was van een verschuiving van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ/huisartspraktijk. Ondanks dat het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis bij de eerstelijnspsycholoog is afgenomen met 35% is er nog geen verschuiving te zien in het aantal patiënten met een angst- of depressieve stoornis. Dit geldt ook voor GGZ-instellingen. Bij GGZ vrijgevestigde specialisten is wel een toename van 20% te zien in het aantal patiënten met een angststoornis, maar doordat er hier minder patiënten onder behandeling zijn, is er ook eerder sprake van een verschuiving.

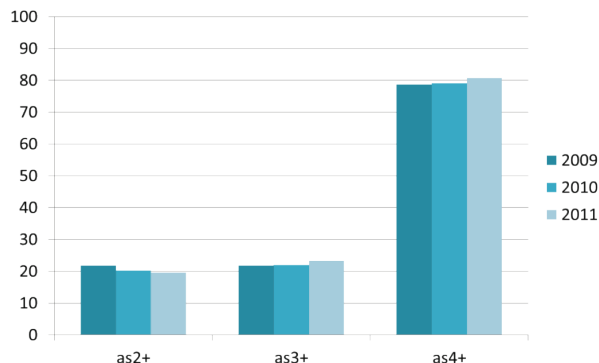
### 3.2 Co-morbiditeit

- *Is er sprake van een verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III of as-IV problematiek?*

#### 3.2.1 Eerstelijnspsycholoog

Zowel door de eerstelijnspsychologen als binnen de gespecialiseerde GGZ werd voor elke patiënt genoteerd of er, naast de diagnose op as-I, mogelijk bijkomende diagnoses op as-II (achterliggende persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale en uitlokkende factoren) waren. Grafiek 3.1 laat het percentage patiënten zien met een stoornis op as-I die eveneens een stoornis hadden op as-II, of problematiek op as-III of as-IV, en die in 2009, 2010 of 2011 bij een ELP onder behandeling waren.

Grafiek 3.1 % patiënten met een stoornis op as-I die ook een diagnose hebben op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren.



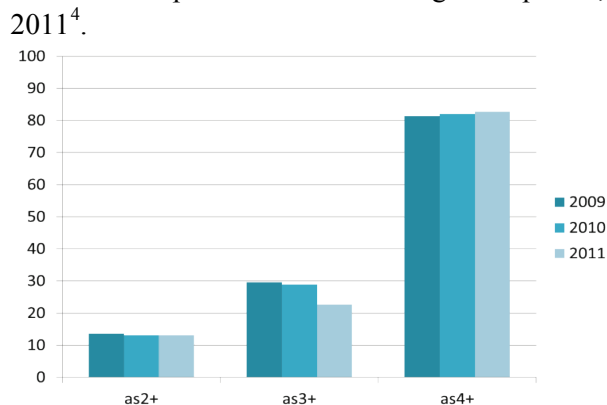


Grafiek 3.1 laat zien dat een groot deel ( $\pm 80\%$ ) van de patiënten met een as-I stoornis daarnaast ook problematiek hadden op as-IV (psychosociale en uitlokkende factoren, zoals problemen gebonden aan sociale omgeving, opvoedingsproblemen, werkproblemen, woonproblemen, etc.). Dit percentage verandert weinig over de periode 2009-2011. Het aantal patiënten dat naast een as-I stoornis gediagnosticeerd werd met een persoonlijkheidsstoornis (as-II) of bijkomende somatische ziekten (as-III) is vrijwel gelijk, namelijk  $\pm 20\%$ . Ook deze percentages veranderen weinig over de drie jaar. De grafieken A1 t/m A3 in de bijlage laten het percentage patiënten zien met de meest voorkomende as-I stoornissen (respectievelijk aanpassingsstoornis, angststoornis en stemmingsstoornis) die eveneens een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010 of 2011 bij een ELP onder behandeling waren. Het percentage patiënten met een angststoornis die daarnaast ook psychosociale of omgevingsproblemen (as-IV) hadden (grafiek A2) ligt lager dan wanneer alle as-I stoornissen worden meegenomen (grafiek 3.1), namelijk nog geen 70%. Patiënten met een stemmingsstoornis hebben vaker eveneens een persoonlijkheidsstoornis (as-II) vergeleken met de andere twee stoornissen, namelijk bijna 30% (grafiek A3). Ook deze grafieken tonen weinig verschuiving gedurende de drie jaren.

### 3.2.2 Gespecialiseerde GGZ

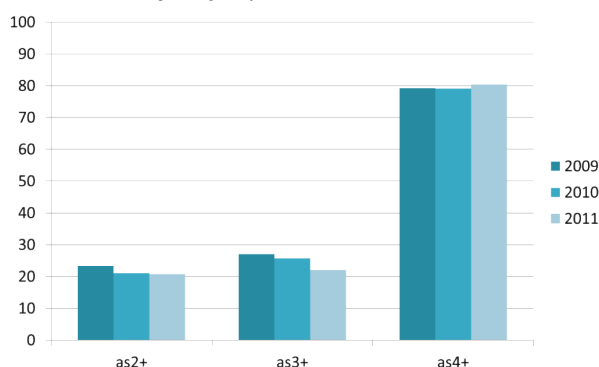
Grafieken 3.2 en 3.3 laten het percentage afgesloten DBC's zien waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV, voor respectievelijk GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010 en 2011.

Grafiek 3.2 % afgesloten DBC's bij GGZ-instellingen waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 en 2011<sup>4</sup>.



<sup>4</sup> Voor de afgesloten DBC's binnen de gespecialiseerde GGZ is de diagnose persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose gecodeerd op as-I, waardoor het percentage patiënten met eveneens een diagnose op as-II (persoonlijkheidsstoornis) een onderschatting is.

Grafiek 3.3 % afgesloten DBC's bij GGZ vrijgevestigden waarbij, naast een as-I stoornis, sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 en 2011.



De grafieken 3.2 en 3.3 laten zien dat bij  $\pm 80\%$  van de afgesloten DBC's voor een as-I stoornis bij de gespecialiseerde GGZ, eveneens sprake was van psychosociale of omgevingsproblemen (as-IV). Dit komt overeen met de resultaten bij eerstelijnspsychologen (grafiek 3.1). Daarnaast is te zien dat het aantal afgesloten DBC's met bijkomende somatische ziekten (as-III) vrijwel gelijk is voor GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden, en ook hetzelfde patroon vertoont over de drie jaar. Dit aantal is iets hoger dan de  $\pm 20\%$  van de patiënten bij eerstelijnspsychologen die eveneens een diagnose hadden op as-III. Bij zowel GGZ-instellingen als GGZ vrijgevestigden is in 2011 een lichte daling te zien in het percentage afgesloten DBC's met bijkomende somatische ziekten, ten opzichte van 2009. Voor het percentage afgesloten DBC's met eveneens een persoonlijkheidsstoornis op as-II geldt dat dit bij GGZ-instellingen lager ligt dan bij GGZ vrijgevestigden en eerstelijnspsychologen.

De grafieken A4 t/m A10 in de bijlage laten het percentage afgesloten DBC's zien voor de meest voorkomende as-I stoornissen (respectievelijk aandachtstekortstoornis, aanpassingsstoornis, angststoornis, depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis en schizofrenie en andere psychotische stoornissen), waarbij ook sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV, voor GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010 en 2011. Voor de as-I diagnoses aandachtstekortstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornis is het percentage afgesloten DBC's waarbij eveneens sprake was van een persoonlijkheidsstoornis (as-II) of bijkomende somatische ziekten (as-III) lager dan wanneer alle as-I stoornissen worden meegenomen (grafiek 3.2 en 3.3). Deze stoornissen lijken veelal voor te komen zonder bijkomende persoonlijkheidsstoornissen of somatische ziekten.

### 3.3 Functies

- *Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?*

#### 3.3.1 Huisarts

Voor de huisartspraktijken is vastgesteld hoeveel patiënten zich in 2009, 2010 of 2011 met psychische problemen presenteerden en waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven of heeft doorverwezen naar de eerste- of tweedelijns GGZ. Tabel 3.5 toont de cijfers van deze functies per 1.000 ingeschreven patiënten. Vanwege ontbrekende data in de gegevens van 2010 en 2011 was het helaas niet mogelijk om voor deze jaren de inzet van een POH-GGZ door de huisarts te berekenen. Omdat deze gegevens alleen beschikbaar waren voor 2009 en het dus niet mogelijk was om een vergelijking te maken met de andere jaren, hebben we besloten de inzet van een POH-GGZ uit dit rapport te houden.

Tabel 3.5 Het aantal mensen dat zich in 2009, 2010 of 2011 met psychische problemen presenteerde bij de huisarts en waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven of heeft doorverwezen naar de eerste- of tweedelijns GGZ (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Functie	2009	2010	2011
Psychofarmaca	74,45	72,61	78,59
Verwijzing naar eerstelijns GGZ	8,29	8,73	10,71
Verwijzing naar tweedelijns GGZ	8,19	8,13	7,05

Tabel 3.5 laat zien dat er in 2011 5% meer psychofarmaca is voorgeschreven door de huisarts ten opzichte van 2009, wat niet als een toename wordt gezien. Er is in 2011 door de huisarts wel meer (30%) door verwezen naar de eerstelijns GGZ (zie tabel A15 voor een specificatie van de eerstelijns GGZ). Aangezien er zich in 2011 meer patiënten met psychische problemen bij de huisarts presenteerden (tabel 3.4), kan dit het hoger aantal verwijzingen verklaren. Naar de tweedelijns GGZ is in 2011 ten opzichte van 2009 juist minder door verwezen, namelijk bijna 14% minder. Zie tabellen A13 t/m A15 in de bijlage voor een specificatie van de psychofarmaca en een specificatie van de eerste- en tweedelijns GGZ doorverwijzingen.

#### 3.3.2 Eerstelijnspsycholoog

Wanneer we kijken naar de hulpverlener via wie de patiënt bij de eerstelijnspsycholoog terecht is gekomen, blijkt dit voornamelijk de huisarts te zijn ( $\pm 63\%$  van de patiënten). Een aantal patiënten ( $\pm 28\%$ ) komt op eigen initiatief naar de ELP. Zie tabel A16 in de bijlage voor een overzicht van de hulpverleners via wie de patiënt bij de ELP terecht is gekomen in 2009, 2010 en 2011. Met betrekking tot de behandel functies is er vastgesteld of er bij een patiënt sprake was van behandeling, crisisinterventie of psychofarmaca. Over de functie diagnostiek bij de ELP kunnen we helaas niks zeggen, omdat het uit onze gegevens niet duidelijk werd wanneer er diagnostiek was toegepast. Naast

behandelfuncties is er gekeken naar het aantal verwijzingen naar eerstelijns GGZ (huisarts, AMW, collega ELP) of gespecialiseerde GGZ (tweede- of derdelijns GGZ). Tabel 3.6 geeft het aantal mensen weer (per 1.000 Nederlanders), waarbij sprake was van één van deze behandelfuncties of verwijzingen.

Tabel 3.6 Het aantal mensen die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, waarbij sprake was van behandeling, crisisinterventie, gebruik van psychofarmaca of doorverwijzing (per 1.000 Nederlanders).

Functie	2009	2010	2011
Behandeling	4,25	4,28	3,80
Crisisinterventie	0,45	0,45	0,37
Psychofarmaca	1,05	1,00	0,89
Verwijzing naar eerstelijns GGZ	0,17	0,19	0,12
Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ	0,46	0,47	0,42

Met betrekking tot de behandelfuncties zien we dat het aantal patiënten die onder behandeling waren bij een ELP en waarbij behandeling, crisisinterventie of psychofarmaca is toegepast, in 2011 is gedaald ten opzichte van 2009. Er waren in 2011 ruim 10% minder patiënten die behandeling kregen, ruim 18% minder patiënten die crisisinterventie kregen en ruim 15% minder patiënten die psychofarmaca gebruikten. Deze dalingen in behandelfuncties in 2011 worden grotendeels veroorzaakt omdat de functies minder werden toegepast bij de diagnose aanpassingsstoornis (zie tabel A17 t/m A19). Het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis die in 2011 behandeling kregen was ruim 33% lager dan in 2009 (zie tabel A18). Het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis waarbij sprake was van crisisinterventie is eveneens met ruim 34% gedaald, en het psychofarmaca gebruik zelfs met ruim 42%. Ook het aantal verwijzingen naar de eerstelijns GGZ is in 2011 gedaald, met bijna 30% ten opzichte van 2009. Voor de verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ is geen verschuiving te zien. Zie tabellen A17 t/m A20 in de bijlage voor een specificatie van het aantal patiënten met behandeling, crisisinterventie, psychofarmaca of doorverwijzing per stoornis op as-I.

### 3.3.3 Gespecialiseerde GGZ

Voor de gespecialiseerde GGZ is vastgelegd wat de tijdsbesteding in minuten naar type behandelfunctie was, waarbij de volgende behandelfuncties zijn onderscheiden: diagnostiek, steunend en structurerend, psychotherapie, farmacotherapie en crisis opvang. Deze tijdsbesteding in minuten is vervolgens omgerekend naar het aantal fte. Tabel 3.7 geeft de fte's weer voor de behandelfuncties in GGZ-instellingen in 2009, 2010 en 2011.

Tabel 3.7 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies in de GGZ-instellingen in 2009, 2010 en 2011.

<b>Functie</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Diagnostiek	2.577	2.697	2.981
Steunend en structurerend	3.947	4.172	3.879
Psychotherapie	1.152	1.387	1.372
Farmacotherapie	468	587	644
Crisisopvang	443	469	469

Tabel 3.7 laat zien dat het aantal gedeclareerde fte voor de behandel functies diagnostiek, psychotherapie en farmacotherapie bij GGZ-instellingen in 2011 is gestegen ten opzichte van 2009 (met respectievelijk 15%, 19% en 37%). Wanneer er wordt gekeken naar de toepassing van deze behandel functies per as-I stoornis (zie tabel A21), blijkt dat voor diagnostiek de toename enigszins wordt veroorzaakt door aanpassingsstoornis (bijna 30% meer gedeclareerde fte) en overige stoornissen in de kindertijd (ruim 35% meer gedeclareerde fte), maar met name door schizofrenie en andere psychotische stoornissen (ruim 145% meer gedeclareerde fte). De toename in 2011 voor het aantal gedeclareerde fte voor psychotherapie wordt met name veroorzaakt door aandachtstekortstoornis (ruim 130% meer gedeclareerde fte) en schizofrenie en andere psychotische stoornissen (ruim 58% meer gedeclareerde fte). Het aantal gedeclareerde fte in 2011 voor farmacotherapie is voor alle meest voorkomende as-I stoornissen hoger, maar de grootste stijgers zijn aandachtstekortstoornis (ruim 52% meer gedeclareerde fte) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (ruim 45% meer gedeclareerde fte).

Tabel 3.8 toont het aantal gedeclareerde fte voor de eerder genoemde behandel functies bij GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010 en 2011.

Tabel 3.8 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies bij GGZ vrijgevestigden in 2009, 2010 en 2011.

<b>Functie</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Diagnostiek	153	214	235
Steunend en structurerend	40	50	76
Psychotherapie	535	644	661
Farmacotherapie	29	34	35
Crisisopvang	2,44	2,24	2,03

Tabel 3.8 laat zien dat, behalve voor crisis opvang, het aantal gedeclareerde fte voor de behandel functies in 2011 is toegenomen ten opzichte van 2009. Voor diagnostiek was dit een toename van ruim 53%, voor steunend en structurerend 90%, voor psychotherapie ruim 23% en voor farmacotherapie ruim 20%. Wanneer er wordt gekeken naar de toepassing van deze behandel functies per as-I stoornis (zie tabel A22), blijkt dat voor de functies diagnostiek en steunend en structurerend de toename met name wordt veroorzaakt door de stijging in het aantal fte voor de diagnoses overige stoornissen in de kindertijd en pervasieve ontwikkelingsstoornis. Voor diagnostiek is er voor overige stoornissen in de kindertijd een toename van 200% en voor de functie steunend en structurerend een toename van zelfs meer dan 900%. Voor de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis zijn alle functies in 2011 gestegen ten opzichte van 2009 (tabel

A22). Voor diagnostiek waren er 100% meer gedeclareerde fte, voor steunend en structurerend ruim 200% voor psychotherapie 40% en voor farmacotherapie bijna 125%.

### 3.4 Verhouding klinisch ambulant

- *Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de gespecialiseerde GGZ?*

Tabel 3.9 toont het aantal klinische DBC's voor verblijf bij een GGZ-instelling per 1.000 Nederlanders. Vervolgens kunnen we op basis van deze cijfers conclusies trekken over de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de gespecialiseerde GGZ.

Tabel 3.9 Het aantal opnames binnen de gespecialiseerde GGZ per stoornis op as-I (aantal klinische DBC's per 1.000 Nederlanders).

DSM-IV as-I stoornis	Verblijf		
	2009	2010	2011
Aandachtstekortstoornis	0,08	0,08	0,08
Aanpassingsstoornis	0,21	0,23	0,22
Angststoornis	0,21	0,22	0,22
Depressieve stoornis	0,61	0,64	0,62
Overige stoornissen in de kindertijd	0,02	0,02	0,02
Persoonlijkheidsstoornis	0,34	0,35	0,34
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,11	0,11	0,12
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,82	0,81	0,79
Overige stoornissen op as-I	2,00	2,00	2,00
<b>Totaal</b>	<b>4,05</b>	<b>4,19</b>	<b>4,06</b>

Tabel 3.9 laat zien dat er geen verschuiving is in de periode 2009-2011 in het aantal opnames bij GGZ-instellingen. Wanneer we de cijfers per stoornis vergelijken voor de drie jaar, is er bij geen enkele as-I stoornis een toe- of afname te zien. Omdat er geen verschuiving was te zien in het aantal patiënten met een as-I stoornis die in de periode 2009-2011 onder behandeling waren bij GGZ-instellingen (zie tabel 3.4), en het aantal opnames binnen de gespecialiseerde GGZ ook gelijk blijft, is de verhouding tussen de klinische en ambulante sector niet veranderd.

## 4 Discussie en conclusie

### 4.1 Psychische hulpvragen

- *Is er sprake van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ naar huisartspraktijk?*
- *Is er sprake van een toe- of afname in de tijd in de verschillende diagnose categorieën of omvang van de hulpvraag?*

In 2012 heeft de NZA een advies uitgebracht over de versterking van de basis-GGZ. Aanleiding hiervoor was het feit dat er momenteel te weinig gebruik wordt gemaakt van de basis-GGZ, omdat teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de basis-GGZ in de gespecialiseerde GGZ terecht komen en te weinig mensen vanuit de gespecialiseerde GGZ terugkeren in de basis-GGZ. Met behulp van een aantal concrete maatregelen brengt de NZA advies uit om de functies GGZ-basiszorg en generalistische GGZ te versterken. Daarnaast wordt in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 gestreefd naar een beheersing van de uitgavengroei, waardoor de afbakening van de verzekerde zorg wordt aangescherpt. Deze maatregelen zouden moeten leiden tot een terugloop van psychische hulpvragen en/of bepaalde stoornissen in de gespecialiseerde GGZ, en juist een toename in het aantal patiënten met psychische problematiek die onder behandeling zijn bij de huisarts. In paragraaf 3.1 zijn de resultaten gepresenteerd waarmee we een antwoord kunnen geven op de vraag of er inderdaad sprake is van een verschuiving in de tijd van hulpvragen van gespecialiseerde GGZ naar generalistische GGZ of huisartspraktijk, en per setting van de verschillende diagnose categorieën of omvang van de psychische hulpvraag. Tabel 4.1 vat deze resultaten samen voor de vier settings: de huisarts, bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen, GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten.

Tabel 4.1 Het aantal patiënten dat zich op jaarbasis met psychische problemen presenteerde bij de huisarts, een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog en de gespecialiseerde GGZ: instellingen en vrijgevestigden (per 1.000 Nederlanders).

	2009	2010	2011
Huisarts	116,65	120,24	133,79
Eerstelijnspsycholoog	4,40	4,45	3,98
GGZ instelling	43,67	45,03	43,78
GGZ vrijgevestigde	5,25	5,96	6,12

Tabel 4.1 laat zien dat het aantal patiënten met psychische problemen in 2011 in de huisartspraktijk is toegenomen ten opzichte van 2009. Er kwamen in 2011 significant meer patiënten met psychische klachten bij de huisarts dan in 2009 ( $p < 0,05$ ). Er waren in 2011 bijna 10% minder patiënten met een as-I stoornis onder behandeling bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog, ten opzichte van 2009. Met betrekking tot de gespecialiseerde GGZ is er bij GGZ-instellingen geen verschuiving te zien voor de gemeten jaren, terwijl er bij GGZ-vrijgevestigden 16% meer patiënten met een as-I

stoornis onder behandeling waren dan in 2009. Als er sprake zou zijn van een verschuiving van de gespecialiseerde GGZ naar de generalistische GGZ of de huisartspraktijk zou er, naast de toename in het aantal patiënten met psychische klachten bij de huisarts, sprake moeten zijn van een afname in het aantal patiënten in 2011 bij de gespecialiseerde GGZ en dit is niet het geval. Er is voor de gemeten periode dus geen verschuiving te zien in het aantal hulpvragen van de gespecialiseerde GGZ, naar de eerstelijnspsycholoog of huisartspraktijk. Echter, als de trend van de toename in psychische hulpvragen bij de huisarts zich de komende jaren blijft voortzetten, kan dit duiden op een vergroting van de vraag naar basis-GGZ. Met name als de afbakening van de verzekerde zorg verder wordt aangescherpt, zullen meer patiënten onder behandeling blijven bij de huisarts. Deze toename bij de huisartspraktijk kan het resultaat zijn van de introductie van de POH-GGZ, begin 2008. Door deze komst wordt de kennis over psychische problematiek binnen de huisartspraktijk vergroot en kan de huisarts een deel van de patiënten met psychische problemen overdragen aan de POH-GGZ. Helaas kunnen we hier niks zeggen over de inzet van de POH-GGZ omdat de data niet beschikbaar waren, maar deze zullen in het rapport van volgend jaar wel worden opgenomen.

Zoals de NZA ook aangeeft in het advies aangaande de basis GGZ (2012) is de huisarts een belangrijke poortwachter richting de gespecialiseerde GGZ en wordt door verzekeraars eveneens als poortwachter richting de eerstelijnspsycholoog gezien. Toegang tot de eerstelijnspsycholoog is namelijk vrij, maar een verwijzing van de huisarts is nodig als men voor vergoeding in aanmerking wilt komen. Momenteel (2013) is het zo dat de eerste vijf gesprekken met de eerstelijnspsycholoog worden vergoed vanuit de basisverzekering, waarbij de patiënt een eigen bijdrage (van €20) per consult moet betalen, maar de behandelingen worden alleen vergoed na een doorverwijzing van de huisarts. Uit onze resultaten is gebleken dat de meeste patiënten ( $\pm 63\%$ ) inderdaad via de huisarts bij de eerstelijnspsycholoog terecht komen, en dat maar een ruim een kwart ( $\pm 28\%$ ) op eigen initiatief komt. Hieruit blijkt dat de huisarts nog steeds een belangrijke functie heeft als poortwachter, ook richting de eerstelijnspsycholoog, en dat nog niet veel mensen de eerstelijnspsycholoog uit zichzelf weten te vinden. De huidige financiële regelingen wat betreft de eerstelijnspsycholoog belemmeren de gewenste versterking van de generalistische GGZ, maar met de invoering van de basis GGZ per 1 januari 2014 zal er voor eerstelijnspsychologen die generalistische basis GGZ gaan aanbieden sprake zijn van een equal level playing field.

Met betrekking tot de omvang van de hulpvraag kunnen we concluderen dat deze zowel bij de huisartspraktijk als bij GGZ vrijevestigde specialisten is toegenomen in de periode 2009-2011. Bij de bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen is een lichte daling (van bijna 10%) te zien. Het aantal patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die onder behandeling waren bij een bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsycholoog lijkt dus te zijn afgenomen in de periode 2009-2011, maar we hebben minder zicht op de exacte aantallen eerstelijnspsychologen die bij de LVE zijn aangesloten. Het aantal aan ZEP (Zorgregistraties Eerstelijns Psychologen) deelnemende LVE-eerstelijnspsychologen lijkt namelijk te zijn afgenomen, terwijl de percentages van het totaal aantal bij de LVE-aangesloten eerstelijnspsychologen juist zijn toegenomen (zie tabel 2.1). Daarnaast hebben we ook geen zicht op eerstelijnspsychologen die niet bij de



LVE zijn aangesloten. Hierdoor kunnen we geen harde conclusies verbinden aan de resultaten van de eerstelijnspsychologen. Binnen de huisartspraktijk is voor alle onderzochte diagnoses in het P-hoofdstuk van de ICPC, behalve voor de diagnose angstig/nerveus/gespannen gevoel, het aantal patiënten toegenomen.

Gelet op specifieke stoornissen is bij de ELP alleen een afname van bijna 35% te zien van het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis. Bij de gespecialiseerde GGZ is geen verschuiving te zien in het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis. Behandeling van een aanpassingsstoornis, bij zowel generalistische als gespecialiseerde GGZ, wordt sinds januari 2012 niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. De discussie hierover was echter in 2011 al gaande, wat de sterke afname van het aantal patiënten met een aanpassingsstoornis bij de eerstelijnspsycholoog kan verklaren. Er kan ook sprake zijn van een aanpassingsstoornis met co-morbiditeit, en dan meestal een angststoornis of depressie. De behandeling kan zich in dat geval meer richten op de angststoornis of depressie, en daarnaast op aanpassingsstoornis, waardoor de behandeling wel vergoed zal worden vanuit de basisverzekering. De verwachting is dat dit zal leiden tot een toename in het aantal patiënten met een angststoornis of depressie bij de generalistische en gespecialiseerde GGZ. De periode 2009-2011 is nog te vroeg om daar iets over te kunnen zeggen, maar de cijfers uit dit rapport kunnen komende jaren gebruikt om te kijken of deze trend inderdaad plaats zal vinden.

Voor de meest voorkomende stoornissen bij GGZ-instellingen is het aantal patiënten per stoornis vrijwel gelijk gebleven, alleen voor aandachtstekortstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornis is een toename te zien in het aantal patiënten (respectievelijk 17% en 14%). Het aantal patiënten per stoornis bij GGZ-vrijgevestigden is voor het grootste deel van de meest voorkomende as-I stoornissen gestegen, met als uitzondering schizofrenie. De grootste stijgers zijn aandachtstekortstoornis (36%), overige stoornissen in de kindertijd (122%) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (63%). Deze percentages zijn erg hoog, we moeten ons realiseren dat ze op relatief geringe absolute aantallen betrekking hebben, de vrijgevestigden behandelen ongeveer 10% van de binnen de gespecialiseerde GGZ behandelde DBCs. Desalniettemin kunnen we concluderen dat er in 2011 meer patiënten met een aandachtstekortstoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis onder behandeling waren bij de gespecialiseerde GGZ, ten opzichte van 2009. Daarnaast is er sprake van een verschuiving van de diagnose overige stoornissen in de kindertijd, maar deze toename wordt alleen waargenomen bij GGZ vrijgevestigde specialisten.

## 4.2 Co-morbiditeit

- *Is er sprake van een verschuiving in co-morbiditeit met as-II, as-III of as-IV problematiek?*

In het NZA advies (2012) worden maatregelen genoemd voor het versterken van de basis-GGZ, waar ook de eerstelijnspsychologen onder vallen. Wanneer er echter sprake is van de combinatie van primaire psychische problematiek (op as-I) met problematiek op andere assen (as-II, as-III of as-IV) maakt dit de psychopathologie meer complex. Met name de combinatie van een as-I stoornis en een persoonlijkheidsstoornis (as-II) vragen

vaak langere en complexere behandeling dan het beperkt aantal consulten bij de eerstelijnspsycholoog die momenteel vergoed worden (alleen de eerste vijf consulten). Om deze reden komen deze patiënten meestal onder behandeling bij de gespecialiseerde GGZ. Omdat dit versterking van de basis-GGZ in de weg staat is het van belang om te weten welk percentage patiënten, naast een diagnose op as-I, problematiek hebben op as-II (achterliggende persoonlijkheidsstoornissen), as-III (somatische ziekten) of as-IV (psychosociale of omgevingsproblemen). Daarnaast hebben we gekeken of er sprake was van een verschuiving in de tijd van deze co-morbiditeit (paragraaf 3.2). De resultaten laten zien dat het percentage patiënten bij de eerstelijnspsychologen waarbij sprake was van co-morbiditeit voor zowel as-II, as-III als as-IV niet is veranderd in de periode 2009-2011 (grafiek 3.1).

De grafieken voor het percentage patiënten met co-morbiditeit bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigde specialisten vertonen grotendeels hetzelfde patroon (grafiek 3.2 en 3.3). Wel zien we in beide grafieken een lichte daling van  $\pm 5\%$  in het percentage patiënten een bijkomende somatische ziekte (as-III). Per as-I stoornis laten de resultaten (grafiek A4 t/m A10 in de bijlage) zien dat voor de diagnoses aandachtstekortstoornis en pervasieve ontwikkelingsstoornis het percentage patiënten met eveneens een diagnose op as-II of as-III lager (respectievelijk  $\pm 5\%$  en  $\pm 10\%$ ) was dan bij andere as-I stoornissen. Deze stoornissen lijken veelal voor te komen zonder bijkomende persoonlijkheidsstoornissen (as-II) of somatische ziekten (as-III). Doordat deze stoornissen meestal voorkomen zonder co-morbiditeit ligt hier wellicht een mogelijkheid om de behandeling te laten plaats vinden bij de eerstelijnspsycholoog, in plaats van binnen de gespecialiseerde GGZ. Hierbij moet echter wel worden aangetekend dat patiënten er anno 2012 financieel bij gebaat zijn om geholpen te worden in de tweede lijn, vanwege de eigen bijdrage en een beperkt aantal vergoedde consulten bij de eerstelijnspsycholoog.

Het percentage patiënten met eveneens een persoonlijkheidsstoornis (as-II) was bij GGZ-instellingen lager ( $\pm 13\%$ ) dan bij GGZ vrijgevestigde specialisten en eerstelijnspsychologen (allebei  $\pm 20\%$ ). Dit komt waarschijnlijk doordat binnen de gespecialiseerde GGZ persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose gecodeerd is op as-I, in plaats van op as-II zoals bij de eerstelijnspsychologen.

### 4.3 Behandelfuncties

- *Is er sprake van een verschuiving in de tijd in de toepassing van onderscheiden functies?*

Volgens het NZA advies (2012) wordt van de patiënten met psychische problematiek die bij de huisarts terecht komen een aanzienlijk groter deel doorverwezen naar de tweedelijns GGZ-aanbieders dan naar de eerste lijn. Uit onze resultaten over 2009-2011 blijkt echter dat hier geen groot verschil tussen zit, en dat de huisarts over de jaren heen juist meer (30%) is gaan doorverwijzen naar de eerstelijns GGZ (maatschappelijk werk, ELP, SPV) en 14% minder naar de tweede lijn (psychiatrie, RIAGG, psychogeriatrie). In 2009 wordt nog  $\pm 6\%$  van de patiënten met een P-diagnose door de huisarts doorverwezen naar de eerstelijns GGZ en ook  $\pm 6\%$  naar de tweede lijn. In 2011 zijn deze percentages

echter veranderd naar 7,5% naar de eerstelijns GGZ en iets minder dan 5% naar de tweede lijn. Om te spreken van een versterking van de basis-GGZ zijn de cijfers van de komende jaren van groot belang. Hierna kunnen pas uitspraken worden gedaan of er sprake is van trend in toenames van verwijzingen naar de eerstelijns GGZ.

Wat verder opvalt met betrekking tot de geregistreerde verwijzingen door de huisarts is de discrepantie tussen het verwijscijfer van de huisarts, met name naar de tweedelijns GGZ (7 á 8 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten met psychische problemen, overeenkomend met ongeveer 10 per 1000 ingeschreven patiënten) en het aantal personen dat per jaar onder behandeling van de tweedelijns GGZ is (ongeveer 50 per 1000 Nederlanders). Dit zou deels veroorzaakt kunnen worden door een onderrapportage van het aantal verwijzingen, maar het wijst er ook op dat mensen lang binnen de tweedelijns GGZ onder behandeling blijven en daar weer worden doorverwezen, en wellicht ook op een deel dat zonder verwijzing door de huisarts bij de tweedelijns GGZ terecht komt.

Om versterking van de basis-GGZ te kunnen realiseren speelt de POH-GGZ een grote rol. Deze is begin 2008 geïntroduceerd en kan ertoe leiden dat de specifieke kennis over psychische problematiek binnen de huisartspraktijk vergroot wordt en daarnaast kan de huisarts sommige patiënten overdragen aan deze POH-GGZ. Verschillende huisartsen hebben al aangegeven de inzet van de POH-GGZ als een goede ondersteuning te ervaren, maar toch wordt de POH-GGZ nog lang niet overal ingezet. Helaas hebben wij nog geen beschikking over de inzet van de POH-GGZ in 2010 en 2011, maar onze gegevens over 2009 laten zien dat de POH-GGZ bij nog geen 1% van de patiënten met psychische problematiek wordt ingezet. In 2009 had echter ook maar 1% van de huisartsen een POH-GGZ in de praktijk. In 2010 is dit gestegen naar 21% van de huisartsen, in 2011 verder naar 34%, en in 2012 had 43% van de huisartsen een POH-GGZ in dienst in de praktijk<sup>1</sup>. De verwachting is dus dat vanaf 2010 de POH-GGZ ook vaker is ingezet bij psychische problematiek. Deze cijfers zullen in het rapport van volgend jaar worden opgenomen. Wel was er de laatste jaren sprake van een knellende financiering van de POH-GGZ. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is opgenomen dat de module POH-GGZ geflexibiliseerd zal worden om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren en te begeleiden. De regeling voor de inzet van de POH-GGZ is onlangs (begin 2013) verruimd. Huisartsen kunnen de inzet verdubbelen (van 4,5 naar 9 uur per week) door een verhoging van de opslag op het inschrijftarief. Momenteel onderzoekt de NZA hoe de bekostiging van de module POH-GGZ per 2014 geheel functioneel kan worden, zodat ook andere zorgprofessionals deze module kunnen aanbieden. Voor de versterking van de basis-GGZ is het van belang om de ontwikkeling van de inzet van de POH-GGZ de komende jaren in de gaten te houden.

Met betrekking tot de functies bij de eerstelijnspsycholoog is het aantal patiënten die in 2011 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog en die behandeling of crisisinterventie kregen afgenomen (met respectievelijk 10% en 17%). Ook het aantal patiënten dat psychofarmaca gebruikt is afgenomen met 15% ten opzichte van 2009. Deze afnames kunnen verklaard worden doordat er in 2011 ook bijna 10% minder

---

<sup>1</sup> In een recente peiling in juli door de LHV bleek inmiddels ruim 60% van de aangeschreven huisartsen over een POH-GGZ te kunnen beschikken

eerstelijnspsychologen geregistreerd stonden in onze database ZEP.

Bij GGZ-instellingen waren er in 2011 meer gedeclareerde fte voor de functies diagnostiek, psychotherapie en farmacotherapie dan in 2009 (respectievelijk 15%, 19% en 37% meer). De toename in diagnostiek wordt vooral veroorzaakt doordat er meer diagnostiek is toegepast bij patiënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen (ruim 145%). Er is echter geen toename te zien in het aantal patiënten met schizofrenie bij GGZ-instellingen. Het kan zijn dat de toename in diagnostiek wordt veroorzaakt doordat schizofrenie een ingewikkelde stoornis is, waarbij vaak niet sprake is van één oorzaak, maar waarbij meerdere dingen een rol spelen. Hierdoor is de diagnose schizofrenie soms lastig vast te stellen.

Bij GGZ vrijgevestigde specialisten is voor alle functies, met crisisopvang als uitzondering, een toename te zien in het aantal fte. Er waren in 2011 53% meer gedeclareerde fte voor diagnostiek, 90% voor steunend en structurerend, 23% voor psychotherapie en 20% voor farmacotherapie. Er was in 2011 eveneens een toename te zien in het aantal patiënten die onder behandeling waren bij GGZ vrijgevestigden, ten opzichte van 2009. De functies diagnostiek en steunend en structurerend worden met name meer toegepast bij overige stoornissen in de kindertijd en pervasieve ontwikkelingsstoornis. Het aantal patiënten met deze stoornissen was in 2011 ook toegenomen (respectievelijk met 122% en 63%). Voor de meeste behandelfuncties waarbij het aantal gedeclareerde fte per stoornis is toegenomen, kan dit verklaard worden doordat er ook meer patiënten met deze stoornissen onder behandeling waren bij de gespecialiseerde GGZ. Toch zien we in het aantal afgesloten DBC's bij de GGZ-instellingen geen verschuiving en zijn er wel meer fte gedeclareerd voor diagnostiek, psychotherapie en farmacotherapie. Dit kan het gevolg zijn van een betere registratie van DBC's binnen de GGZ-instellingen.

#### 4.4 Opnames gespecialiseerde GGZ

- *Is er een verschuiving in de tijd van het percentage opnames binnen de gespecialiseerde GGZ?*

Een andere maatregel die is opgenomen in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is dat zorgverzekeraars en aanbieders lokaal afspraken maken om de huidige totale beddenscapaciteit in de periode tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Om te kijken naar mogelijke verschuivingen vanaf 2009 hebben we gekeken naar het aantal klinische DBC's voor opnames binnen GGZ-instellingen. Tabel 4.2 vat deze cijfers kort samen.

Tabel 4.2 Het aantal opnames in 2009, 2010 en 2011 binnen de gespecialiseerde GGZ voor het totaal aantal stoornissen op as-I (aantal klinische DBC's per 1.000 Nederlanders).

	2009	2010	2011
Totaal	4,05	4,19	4,06

Tabel 4.2 laat zien dat er over de jaren nog geen sprake is van een verschuiving in het aantal opnames binnen de gespecialiseerde GGZ. Omdat we hiervoor hebben kunnen zien dat het aantal patiënten met een as-I stoornis die onder behandeling waren bij een GGZ-instellingen ook niet is toe-/afgenomen in de periode 2009-2011, kunnen we concluderen dat de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de GGZ niet is veranderd. Er kan de komende jaren dus nog veel geïnvesteerd worden in de substitutie van opnames naar ambulante zorg.

## 4.5 Conclusie

We kunnen concluderen dat er in de periode 2009 t/m 2011 meer patiënten met psychische klachten bij de huisarts kwamen, en dat er meer patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I onder behandeling waren bij GGZ vrijgevestigde specialisten. In de huisartspraktijk is voor vrijwel alle diagnoses in het P-hoofdstuk van de ICPC het aantal patiënten toegenomen. Bij de gespecialiseerde GGZ is met name het aantal patiënten met een aandachtstekortstoornis of pervasieve ontwikkelingsstoornis toegenomen. Het aantal patiënten met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-Idie in 2011 onder behandeling waren bij een ELP lijkt te zijn afgenomen ten opzichte van 2009, maar we hebben minder zicht op de exacte aantallen eerstelijnspsychologen die bij de LVE zijn aangesloten, waardoor deze conclusie minder sterk is dan bij de andere settings. Bij zowel GGZ-instellingen als GGZ vrijgevestigde specialisten was er sprake van een toename in het aantal fte voor de functies diagnostiek, psychotherapie en farmacotherapie. Voor GGZ-instellingen is er geen verschuiving waargenomen in het aantal afgesloten DBC's, maar wel in het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandelingsfuncties. Er is geen verschuiving waargenomen in de verhouding tussen de klinische en ambulante sector binnen de gespecialiseerde GGZ.



# Literatuur

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2012. Advies voor de (vervolg)opleidingen tot Gezondheidszorgpsycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Klinisch psycholoog, Psychotherapeut, Verpleegkundig specialist ggz. Utrecht, maar 2011.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGZ-Nederland, NIP, LVG, Landelijk platform GGZ, NVvP, ZN, LVE, NVVP, Meer GGZ. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

Nederlandse Zorg Autoriteit. Advies Basis GGZ. NZa, Utrecht, 2012

Velden L van der, Batenburg R. Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht, NIVEL, 2012





## Bijlage

Tabel A1 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2009, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nervus/gespannen gevoel	8,36	1,91	7,66	9,05	8,36	10,30	11,72	11,88	17,30
1803: Down/depressief gevoel	4,66	0,83	5,11	5,50	5,71	6,02	5,50	5,15	9,09
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,21	0,40	1,87	3,99	4,77	7,61	7,69	5,03	3,81
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	2,96	0,70	4,94	5,79	3,91	3,11	2,30	2,14	2,83
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	14,27	51,43	11,18	3,91	3,34	2,06	1,21	0,63	0,29
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	37,81	21,23	20,55	32,88	37,87	42,10	48,31	51,27	94,03
1870: Seniele dementie/Alzheimer	1,92	0,00	0,00	0,00	0,03	0,10	0,64	4,40	29,62
1872: Schizofrenie	1,10	0,04	1,08	2,00	1,89	1,55	1,02	0,82	0,68
1873: Affectieve psychose	0,81	0,02	0,40	1,02	1,04	1,14	1,32	1,19	1,08
1874: Angststoornis	5,79	1,13	4,83	9,17	7,79	6,47	7,08	6,16	8,50
1876: Depressie	13,14	0,68	5,68	11,86	15,90	20,92	22,54	16,40	23,34
1878: Overspannenheid	4,24	0,21	2,10	4,97	8,36	7,80	5,50	1,76	1,47
1880: Persoonlijkheidsstoornis	1,49	0,30	1,70	2,97	2,49	1,81	1,13	0,82	0,98
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	7,98	7,38	8,40	10,06	8,24	7,61	5,92	5,78	13,98
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>108,75</b>	<b>86,27</b>	<b>75,50</b>	<b>103,16</b>	<b>109,72</b>	<b>118,60</b>	<b>121,87</b>	<b>113,42</b>	<b>208,00</b>

- vervolg tabel A1-

<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	18,42	2,98	20,27	17,52	17,65	20,78	22,78	29,88	37,44
1803: Down/depressief gevoel	9,52	2,03	12,13	12,50	11,50	11,80	9,27	9,07	14,59
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	1,68	0,25	0,94	0,57	1,86	3,53	3,63	1,90	0,85
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	2,34	0,18	1,83	2,22	2,30	2,15	2,90	3,79	6,93
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	7,89	24,34	5,93	3,30	4,41	5,23	1,89	1,48	1,28
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	53,33	16,26	30,07	44,84	48,30	64,48	62,79	77,50	140,32
1870: Seniele dementie/Alzheimer	3,12	0,02	0,00	0,00	0,06	0,06	0,66	4,03	34,52
1872: Schizofrenie	0,68	0,00	0,28	0,38	0,71	1,19	0,97	1,36	1,22
1873: Affectieve psychose	1,49	0,00	0,39	0,80	1,62	2,85	2,90	2,25	1,94
1874: Angststoornis	11,92	2,14	11,24	16,90	15,57	16,83	14,44	11,86	10,51
1876: Depressie	28,04	0,98	15,62	29,51	35,25	43,87	38,23	36,17	43,09
1878: Overspannenheid	8,09	0,32	7,20	14,30	15,63	12,51	7,45	3,20	2,86
1880: Persoonlijkheidsstoornis	2,31	0,57	3,77	3,76	3,73	3,05	1,16	1,54	1,52
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	8,92	3,42	9,03	10,31	9,82	9,65	8,88	8,95	18,11
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>157,75</b>	<b>53,49</b>	<b>118,69</b>	<b>156,92</b>	<b>168,43</b>	<b>197,97</b>	<b>177,95</b>	<b>193,00</b>	<b>315,16</b>

Tabel A2 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	8,24	2,27	5,85	7,88	9,48	10,07	11,51	11,53	16,59
1803: Down/depressief gevoel	5,28	0,84	5,47	6,65	6,60	6,89	5,84	5,65	10,45
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,94	0,76	1,66	5,10	5,53	8,48	8,13	7,12	4,58
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	3,47	0,86	6,18	7,52	4,74	3,67	2,47	1,29	2,66
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	17,74	62,16	16,73	6,41	4,83	3,00	1,45	1,29	0,27
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	44,10	24,56	27,11	36,83	44,10	50,13	55,61	59,52	103,20
1870: Seniele dementie/Alzheimer	2,36	0,00	0,00	0,04	0,00	0,06	0,83	5,00	35,29
1872: Schizofrenie	1,17	0,02	0,77	2,27	2,50	1,59	0,73	1,12	0,37
1873: Affectieve psychose	0,92	0,02	0,44	0,96	1,39	1,19	1,56	1,29	1,19
1874: Angststoornis	6,28	1,22	5,74	10,51	8,75	7,47	7,37	5,59	7,06
1876: Depressie	14,31	0,86	6,51	12,90	17,66	23,61	24,50	16,11	23,01
1878: Overspannenheid	4,96	0,19	2,04	6,85	10,17	8,94	5,77	2,12	1,65
1880: Persoonlijkheidsstoornis	1,90	0,44	1,82	3,22	3,44	2,63	1,63	0,88	1,01
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	8,96	8,66	11,15	10,47	8,75	8,51	7,04	6,00	14,57
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>124,64</b>	<b>102,86</b>	<b>91,48</b>	<b>117,61</b>	<b>127,93</b>	<b>136,26</b>	<b>134,44</b>	<b>124,51</b>	<b>221,89</b>

- vervolg tabel A2-

<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	18,09	3,24	18,60	18,46	18,37	20,81	21,06	28,50	34,35
1803: Down/depressief gevoel	10,20	1,91	12,20	14,64	11,56	12,39	10,94	9,15	16,09
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	2,13	0,47	1,05	0,57	2,15	4,21	4,73	2,90	1,17
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	2,05	0,34	2,37	2,08	1,71	2,14	1,93	3,29	5,44
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	10,21	31,52	10,15	3,93	6,16	5,61	2,98	1,34	1,46
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	59,96	17,25	40,67	50,41	54,75	70,55	73,45	79,69	154,35
1870: Seniele dementie/Alzheimer	3,93	0,00	0,00	0,00	0,06	0,09	0,56	4,57	43,59
1872: Schizofrenie	0,76	0,02	0,44	0,57	0,81	1,08	1,53	1,45	0,70
1873: Affectieve psychose	1,45	0,00	0,33	0,83	1,49	2,91	2,90	2,12	1,52
1874: Angststoornis	12,88	1,95	12,91	17,70	17,78	17,62	15,92	12,55	11,23
1876: Depressie	28,06	1,03	14,35	28,55	34,85	45,00	38,55	35,69	42,95
1878: Overspannenheid	9,16	0,54	8,00	15,24	18,00	14,37	8,78	3,79	3,16
1880: Persoonlijkheidsstoornis	2,72	0,43	4,08	5,94	3,82	3,16	2,31	1,45	1,40
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	9,91	4,83	12,31	11,84	10,57	10,62	9,19	9,98	16,03
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>171,51</b>	<b>63,54</b>	<b>137,47</b>	<b>170,75</b>	<b>182,08</b>	<b>210,58</b>	<b>194,81</b>	<b>196,46</b>	<b>333,45</b>

Tabel A3 Het aantal contacten vanwege psychische problemen bij de huisarts in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 ingeschreven patiënten).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	8,17	2,16	6,55	8,22	8,89	10,63	10,98	11,41	15,00
1803: Down/depressief gevoel	5,88	1,06	5,48	7,14	7,88	7,41	7,57	5,49	10,33
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	4,74	0,64	2,14	3,53	5,59	8,43	8,80	6,11	3,78
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	3,67	0,55	7,03	6,81	5,45	4,28	2,85	1,56	2,48
1811 & 1821 t/m 1824: Stoomissen kinderen	18,47	63,79	19,24	8,14	4,48	3,75	1,70	1,00	0,40
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	51,30	25,36	34,96	42,89	55,30	60,93	68,46	63,93	107,12
1870: Seniele dementie/Alzheimer	2,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	1,15	5,11	33,39
1872: Schizofrenie	1,48	0,02	1,07	2,20	2,81	2,37	1,66	0,87	0,70
1873: Affectieve psychose	0,95	0,02	0,54	1,20	1,63	1,45	1,19	1,31	0,50
1874: Angststoornis	6,70	1,47	6,91	9,67	9,23	8,03	8,40	6,05	7,35
1876: Depressie	14,14	0,60	6,61	12,87	17,98	23,34	24,69	16,03	19,97
1878: Overspannenheid	4,76	0,23	2,56	6,23	9,27	8,49	6,18	2,00	1,19
1880: Persoonlijkheidsstoornis	2,17	0,39	2,32	3,99	3,61	3,13	1,78	1,12	0,89
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	9,34	9,59	10,96	10,84	10,17	8,43	8,36	4,49	12,52
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>134,06</b>	<b>105,88</b>	<b>106,38</b>	<b>123,73</b>	<b>142,29</b>	<b>150,70</b>	<b>153,80</b>	<b>126,49</b>	<b>215,63</b>

-vervolg tabel A3-

<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
1801: Angstig/nerveus/gespannen gevoel	17,64	3,30	21,07	16,37	17,34	19,87	21,20	28,42	32,44
1803: Down/depressief gevoel	10,95	2,46	12,74	14,50	13,68	12,88	11,67	10,45	15,87
1815 & 1816: Acuut of chronisch alcoholmisbruik	2,30	0,37	1,31	1,09	2,39	4,67	4,81	2,94	1,02
1818 & 1819: Overig middelenmisbruik	2,35	0,39	2,20	2,46	2,33	2,66	2,42	3,79	5,16
1811 & 1821 t/m 1824: Stoornissen kinderen	11,16	34,96	10,48	5,53	6,88	5,92	3,11	0,90	1,08
1801 t/m 1829, behalve de hierboven genoemde symptomen: Overige psychische symptomen	68,76	18,03	45,24	58,77	65,71	86,14	88,53	90,42	160,04
1870: Seniele dementie/Alzheimer	3,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	5,05	41,68
1872: Schizofrenie	0,90	0,00	0,24	0,78	1,40	1,28	1,49	1,38	1,08
1873: Affectieve psychose	1,37	0,02	0,42	1,25	1,30	2,79	2,22	1,92	1,53
1874: Angststoornis	13,81	2,64	11,43	18,94	18,98	18,69	17,00	14,30	12,36
1876: Depressie	27,56	1,28	14,05	27,55	34,00	42,09	42,04	37,19	37,41
1878: Overspannenheid	8,55	0,54	6,96	14,97	15,77	12,98	8,56	4,27	3,12
1880: Persoonlijkheidsstoornis	3,37	0,34	5,24	6,78	5,27	3,80	3,03	1,62	1,66
1870 t/m 1899, behalve de hierboven genoemde diagnoses: Overige psychische diagnoses	9,84	4,95	12,86	10,44	9,95	11,23	9,77	9,49	15,87
<b>Totaal (alle P-diagnoses)</b>	<b>182,32</b>	<b>69,29</b>	<b>144,23</b>	<b>179,43</b>	<b>195,00</b>	<b>224,99</b>	<b>216,39</b>	<b>212,15</b>	<b>330,33</b>

Tabel A4 Het aantal mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2009 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	0,80	0,17	0,68	1,17	1,33	1,36	0,90	0,28	0,18
Angststoornis	0,53	0,16	0,83	1,05	0,77	0,62	0,42	0,19	0,12
Stemmingsstoornis	0,65	0,06	0,70	1,05	1,03	1,07	0,79	0,26	0,11
Stoornissen kinderen	0,92	0,92							
Overige stoornissen op as-I	1,04	0,52	1,00	1,52	1,86	1,45	0,83	0,33	0,13
<b>Totaal</b>	<b>3,02</b>	<b>0,92</b>	<b>3,19</b>	<b>4,78</b>	<b>4,99</b>	<b>4,49</b>	<b>2,93</b>	<b>1,05</b>	<b>0,54</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	1,70	0,27	1,96	3,17	2,95	2,56	1,60	0,67	0,29
Angststoornis	1,12	0,29	2,25	2,56	1,66	1,18	0,79	0,42	0,15
Stemmingsstoornis	1,44	0,18	1,98	2,92	2,41	2,07	1,28	0,61	0,20
Stoornissen kinderen	1,28	1,28							
Overige stoornissen op as-I	1,49	0,54	2,13	2,74	2,43	2,09	1,11	0,55	0,18
<b>Totaal</b>	<b>5,75</b>	<b>1,28</b>	<b>8,31</b>	<b>11,38</b>	<b>9,44</b>	<b>7,89</b>	<b>4,78</b>	<b>2,25</b>	<b>0,82</b>

Tabel A5 Het aantal mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-Idie in 2010 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	0,84	0,14	0,66	1,21	1,49	1,40	0,97	0,30	0,16
Angststoornis	0,52	0,19	0,76	1,12	0,75	0,59	0,37	0,20	0,11
Stemmingsstoornis	0,70	0,08	0,72	1,07	1,16	1,17	0,81	0,26	0,10
Stoornissen kinderen	1,06	1,06							
Overige stoornissen op as-I	1,04	0,65	0,96	1,61	1,68	1,42	0,90	0,31	0,12
<b>Totaal</b>	<b>3,10</b>	<b>1,06</b>	<b>3,09</b>	<b>5,01</b>	<b>5,08</b>	<b>4,58</b>	<b>3,06</b>	<b>1,07</b>	<b>0,49</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	1,73	0,29	2,12	3,22	2,97	2,70	1,58	0,65	0,28
Angststoornis	1,13	0,32	2,39	2,51	1,67	1,23	0,70	0,45	0,11
Stemmingsstoornis	1,47	0,17	2,09	2,93	2,42	2,17	1,27	0,64	0,26
Stoornissen kinderen	1,34	1,34							
Overige stoornissen op as-I	1,43	0,56	2,14	2,67	2,37	1,85	1,09	0,50	0,18
<b>Totaal</b>	<b>5,77</b>	<b>1,34</b>	<b>8,74</b>	<b>11,33</b>	<b>9,44</b>	<b>7,95</b>	<b>4,65</b>	<b>2,23</b>	<b>0,83</b>



Tabel A6 Het aantal mensen met een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I die in 2011 onder behandeling waren bij een eerstelijnspsycholoog, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	0,51	0,08	0,44	0,78	0,93	0,78	0,61	0,21	0,14
Angststoornis	0,52	0,16	0,71	1,07	0,82	0,61	0,41	0,24	0,08
Stemmingsstoornis	0,72	0,07	0,63	1,10	1,21	1,19	0,90	0,31	0,14
Stoornissen kinderen	0,86	0,86							
Overige stoornissen op as-I	0,96	0,54	0,93	1,41	1,64	1,37	0,75	0,34	0,14
<b>Totaal</b>	<b>2,71</b>	<b>0,86</b>	<b>2,71</b>	<b>4,35</b>	<b>4,60</b>	<b>3,94</b>	<b>2,67</b>	<b>1,10</b>	<b>0,49</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aanpassingsstoornis	1,13	0,18	1,36	2,08	1,94	1,69	1,11	0,48	0,17
Angststoornis	1,18	0,33	2,19	2,72	1,72	1,26	0,90	0,47	0,14
Stemmingsstoornis	1,56	0,19	2,14	3,07	2,54	2,25	1,45	0,76	0,29
Stoornissen kinderen	1,23	1,23							
Overige stoornissen op as-I	1,37	0,54	1,90	2,43	2,31	1,90	1,08	0,49	0,16
<b>Totaal</b>	<b>5,23</b>	<b>1,23</b>	<b>7,58</b>	<b>10,30</b>	<b>8,51</b>	<b>7,11</b>	<b>4,54</b>	<b>2,19</b>	<b>0,76</b>

Tabel A7 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I bij GGZ-instellingen in 2009, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	5,88	19,95	6,58	3,16	1,97	0,92	0,34	0,09	0,05
Aanpassingsstoornis	3,74	2,23	3,08	4,34	5,11	5,41	3,80	2,14	3,20
Angststoornis	3,73	2,45	4,65	6,21	5,23	4,47	2,38	1,69	1,60
Depressieve stoornis	5,22	0,97	3,62	5,01	6,89	9,02	7,22	5,05	5,74
Overige stoornissen in de kindertijd	1,27	5,42	0,51	0,10	0,05	0,03	0,03	0,00	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	2,36	0,05	2,13	4,37	4,37	3,70	2,01	0,97	0,85
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	4,67	15,30	6,22	2,27	1,38	1,10	0,53	0,14	0,10
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,31	0,18	4,64	8,81	7,67	5,91	3,54	2,05	1,42
Overige stoornissen op as-I	15,75	7,14	14,20	18,48	20,63	20,55	14,35	12,30	28,98
<b>Totaal</b>	<b>46,93</b>	<b>53,70</b>	<b>45,63</b>	<b>52,74</b>	<b>53,30</b>	<b>50,02</b>	<b>32,16</b>	<b>23,60</b>	<b>44,14</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,17	6,10	3,62	1,95	1,54	0,71	0,22	0,07	0,03
Aanpassingsstoornis	6,02	2,68	6,95	9,21	8,67	7,99	5,06	3,71	4,35
Angststoornis	6,11	3,17	11,16	11,54	8,62	6,64	3,71	2,88	2,07
Depressieve stoornis	9,39	1,60	8,99	12,61	12,92	13,67	9,69	9,63	10,03
Overige stoornissen in de kindertijd	0,74	3,24	0,55	0,07	0,04	0,02	0,01	0,01	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	4,54	0,20	7,56	10,34	7,84	6,02	2,80	1,40	1,26
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,05	3,44	1,88	0,62	0,36	0,24	0,08	0,03	0,02
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3,00	0,12	1,61	3,39	4,27	4,89	4,30	3,56	2,92
Overige stoornissen op as-I	15,62	8,30	19,60	17,07	17,27	17,51	12,29	12,05	30,08
<b>Totaal</b>	<b>48,64</b>	<b>28,85</b>	<b>61,92</b>	<b>66,80</b>	<b>59,95</b>	<b>57,10</b>	<b>36,19</b>	<b>32,40</b>	<b>52,77</b>

Tabel A8 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I bij GGZ-instellingen in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	6,69	22,54	7,86	3,75	2,38	1,17	0,38	0,06	0,08
Aanpassingsstoornis	3,83	2,58	3,13	4,47	5,14	5,24	3,83	2,25	3,30
Angststoornis	3,94	2,60	5,10	6,63	5,61	4,49	2,67	1,71	1,57
Depressieve stoornis	5,23	0,94	3,83	5,15	6,93	8,88	7,27	4,83	5,71
Overige stoornissen in de kindertijd	1,39	5,98	0,54	0,10	0,06	0,04	0,02	0,02	0,01
Persoonlijksstoornis	2,45	0,05	2,28	4,57	4,62	3,83	2,08	0,95	0,83
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,17	16,80	6,91	2,48	1,70	1,34	0,66	0,22	0,10
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,25	0,18	4,29	8,66	7,66	5,91	3,63	1,97	1,42
Overige stoornissen op as-I	16,31	7,61	14,89	19,53	21,05	21,19	14,90	12,56	29,07
<b>Totaal</b>	<b>49,26</b>	<b>59,30</b>	<b>48,82</b>	<b>55,34</b>	<b>55,16</b>	<b>52,09</b>	<b>35,44</b>	<b>24,56</b>	<b>42,10</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,61	7,21	4,57	2,37	1,87	0,98	0,26	0,09	0,03
Aanpassingsstoornis	6,14	2,88	7,02	9,06	8,72	8,16	5,24	3,87	4,75
Angststoornis	6,39	3,29	11,59	12,31	9,01	6,86	4,04	2,88	2,14
Depressieve stoornis	9,34	1,54	8,88	12,58	12,93	13,43	9,89	9,32	10,03
Overige stoornissen in de kindertijd	0,82	3,63	0,59	0,07	0,06	0,03	0,01	0,01	0,00
Persoonlijksstoornis	4,75	0,19	8,01	10,94	8,22	6,22	2,96	1,47	1,31
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,17	3,79	2,10	0,76	0,43	0,27	0,12	0,03	0,03
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,91	0,10	1,60	3,23	4,16	4,71	4,18	3,46	2,85
Overige stoornissen op as-I	15,79	8,55	19,78	17,47	16,90	17,63	12,59	12,22	30,37
<b>Totaal</b>	<b>49,92</b>	<b>31,20</b>	<b>64,14</b>	<b>68,79</b>	<b>62,31</b>	<b>58,28</b>	<b>39,31</b>	<b>33,35</b>	<b>51,50</b>

Tabel A9 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I bij GGZ-instellingen in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	6,72	22,12	8,32	4,00	2,52	1,32	0,41	0,09	0,08
Aanpassingsstoornis	3,67	2,38	2,82	4,15	4,87	5,38	3,83	2,12	3,09
Angststoornis	3,88	2,53	4,90	6,53	5,45	4,58	2,68	1,64	1,53
Depressieve stoornis	5,28	0,88	3,94	5,33	6,78	9,15	7,50	4,79	5,44
Overige stoornissen in de kindertijd	1,35	5,77	0,57	0,09	0,06	0,05	0,02	0,01	0,01
Persoonlijkheidsstoornis	2,47	0,04	2,22	4,65	4,58	3,95	2,14	0,99	0,74
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	5,31	16,61	7,62	2,85	1,84	1,57	0,77	0,25	0,10
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,26	0,17	4,33	8,42	7,56	6,14	3,76	2,05	1,34
Overige stoornissen op as-I	15,64	6,94	14,44	18,56	19,67	20,53	14,81	12,24	28,81
<b>Totaal</b>	<b>48,58</b>	<b>57,45</b>	<b>49,16</b>	<b>54,58</b>	<b>53,32</b>	<b>52,66</b>	<b>35,93</b>	<b>24,18</b>	<b>41,14</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	2,83	7,70	5,14	2,77	2,01	1,02	0,29	0,08	0,03
Aanpassingsstoornis	5,69	2,75	6,29	8,42	7,97	7,44	4,93	3,76	4,51
Angststoornis	6,39	3,36	11,58	12,42	8,80	6,77	4,10	3,01	2,19
Depressieve stoornis	9,02	1,38	8,44	12,37	12,20	13,09	10,05	8,88	9,37
Overige stoornissen in de kindertijd	0,83	3,67	0,69	0,08	0,03	0,03	0,01	0,01	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	4,83	0,18	8,08	11,18	8,10	6,52	3,15	1,43	1,32
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1,28	3,92	2,59	0,89	0,51	0,34	0,16	0,04	0,03
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	2,89	0,09	1,48	3,15	4,09	4,76	4,35	3,38	2,75
Overige stoornissen op as-I	15,09	7,98	19,16	16,72	16,01	16,75	12,32	12,05	28,82
<b>Totaal</b>	<b>48,86</b>	<b>31,04</b>	<b>63,45</b>	<b>68,00</b>	<b>59,71</b>	<b>56,72</b>	<b>39,36</b>	<b>32,64</b>	<b>49,03</b>

Tabel A10 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2009, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,50	1,45	0,69	0,34	0,25	0,17	0,07	0,01	0,01
Aanpassingsstoornis	0,55	0,18	0,34	0,63	0,90	1,00	0,70	0,23	0,08
Angststoornis	0,65	0,26	0,63	1,07	0,96	0,91	0,69	0,27	0,11
Depressieve stoornis	1,09	0,12	0,63	1,25	1,58	2,18	1,70	0,55	0,24
Overige stoornissen in de kindertijd	0,12	0,48	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,44	0,01	0,26	0,69	0,86	0,79	0,51	0,12	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,18	0,59	0,22	0,08	0,05	0,05	0,03	0,01	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,06	0,08	0,13	0,11	0,06	0,02	0,00
Overige stoornissen op as-I	1,23	0,41	0,75	1,34	2,26	2,16	1,37	0,55	0,19
<b>Totaal</b>	<b>4,82</b>	<b>3,52</b>	<b>3,64</b>	<b>5,49</b>	<b>7,02</b>	<b>7,37</b>	<b>5,14</b>	<b>1,76</b>	<b>0,69</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,22	0,53	0,39	0,23	0,19	0,12	0,03	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	0,97	0,26	0,90	1,72	1,65	1,55	0,99	0,37	0,11
Angststoornis	1,12	0,36	1,61	2,23	1,80	1,48	0,88	0,46	0,15
Depressieve stoornis	1,81	0,22	1,71	2,94	2,94	3,10	2,14	0,90	0,34
Overige stoornissen in de kindertijd	0,08	0,34	0,05	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,73	0,03	0,72	1,42	1,41	1,18	0,71	0,22	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,05	0,16	0,10	0,03	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,03	0,08	0,12	0,10	0,08	0,03	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,64	0,52	1,47	2,50	3,13	2,71	1,43	0,60	0,14
<b>Totaal</b>	<b>6,69</b>	<b>2,44</b>	<b>6,99</b>	<b>11,16</b>	<b>11,28</b>	<b>10,27</b>	<b>6,27</b>	<b>2,59</b>	<b>0,80</b>

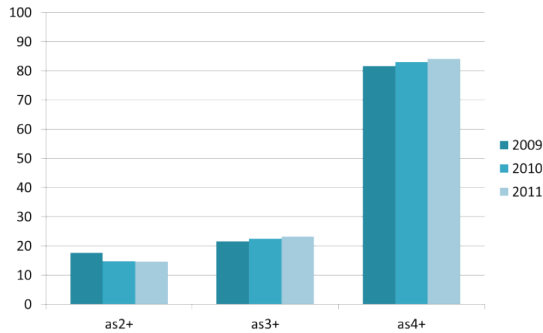
Tabel A11 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2010, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,65	1,85	0,93	0,50	0,35	0,27	0,08	0,02	0,01
Aanpassingsstoornis	0,59	0,16	0,38	0,71	0,96	1,04	0,79	0,22	0,10
Angststoornis	0,68	0,27	0,67	1,14	0,96	0,99	0,73	0,27	0,11
Depressieve stoornis	1,12	0,12	0,65	1,21	1,70	2,24	1,74	0,58	0,28
Overige stoornissen in de kindertijd	0,20	0,86	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,49	0,01	0,30	0,76	0,97	0,87	0,57	0,16	0,04
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,26	0,84	0,36	0,11	0,09	0,08	0,04	0,02	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,07	0,00	0,05	0,09	0,15	0,14	0,06	0,02	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,36	0,53	0,82	1,48	2,42	2,42	1,50	0,65	0,18
<b>Totaal</b>	<b>5,42</b>	<b>4,64</b>	<b>4,23</b>	<b>6,01</b>	<b>7,61</b>	<b>8,05</b>	<b>5,52</b>	<b>1,93</b>	<b>0,71</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,31	0,68	0,62	0,31	0,28	0,19	0,07	0,02	0,00
Aanpassingsstoornis	1,10	0,26	1,06	1,89	1,89	1,78	1,08	0,44	0,14
Angststoornis	1,26	0,37	1,85	2,50	2,00	1,63	1,08	0,50	0,15
Depressieve stoornis	1,88	0,20	1,72	2,95	3,06	3,25	2,34	1,00	0,37
Overige stoornissen in de kindertijd	0,14	0,61	0,07	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,86	0,03	0,83	1,77	1,64	1,42	0,77	0,23	0,05
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,07	0,23	0,14	0,06	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,03	0,08	0,13	0,12	0,09	0,04	0,02
Overige stoornissen op as-I	1,87	0,67	1,78	2,94	3,35	3,05	1,67	0,68	0,18
<b>Totaal</b>	<b>7,55</b>	<b>3,06</b>	<b>8,11</b>	<b>12,53</b>	<b>12,38</b>	<b>11,46</b>	<b>7,10</b>	<b>2,91</b>	<b>0,91</b>

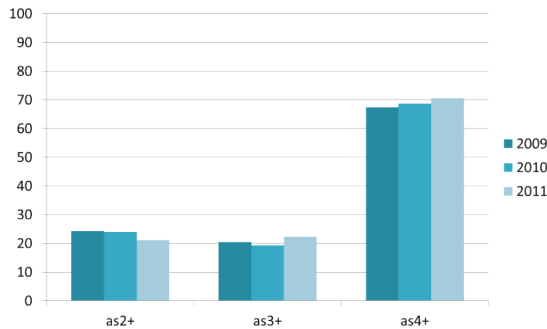
Tabel A12 Aantal afgesloten DBC's vanwege een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2011, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënten (per 1.000 Nederlanders).

<b>Mannen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,64	1,83	0,90	0,45	0,37	0,25	0,07	0,02	0,01
Aanpassingsstoornis	0,54	0,15	0,31	0,66	0,93	0,94	0,67	0,26	0,10
Angststoornis	0,72	0,25	0,74	1,19	1,10	1,03	0,74	0,28	0,16
Depressieve stoornis	1,10	0,11	0,70	1,25	1,62	2,10	1,76	0,65	0,23
Overige stoornissen in de kindertijd	0,26	1,15	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,48	0,01	0,25	0,79	0,98	0,83	0,56	0,16	0,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,29	0,93	0,37	0,14	0,11	0,10	0,05	0,01	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,06	0,00	0,05	0,09	0,11	0,10	0,05	0,02	0,00
Overige stoornissen op as-I	1,38	0,49	0,88	1,64	2,45	2,34	1,60	0,64	0,19
<b>Totaal</b>	<b>5,46</b>	<b>4,92</b>	<b>4,26</b>	<b>6,23</b>	<b>7,67</b>	<b>7,69</b>	<b>5,50</b>	<b>2,05</b>	<b>0,72</b>
<b>Vrouwen</b>	<b>Totaal</b>	<b>0-17 jaar</b>	<b>18-24 jaar</b>	<b>25-34 jaar</b>	<b>35-44 jaar</b>	<b>45-54 jaar</b>	<b>55-64 jaar</b>	<b>65-74 jaar</b>	<b>75 jaar en ouder</b>
Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	0,33	0,73	0,57	0,39	0,32	0,21	0,06	0,01	0,00
Aanpassingsstoornis	1,03	0,18	0,95	1,74	1,88	1,70	1,06	0,44	0,12
Angststoornis	1,36	0,38	1,94	2,90	2,17	1,77	1,11	0,56	0,13
Depressieve stoornis	1,89	0,17	1,75	3,07	3,24	3,16	2,27	1,00	0,33
Overige stoornissen in de kindertijd	0,18	0,84	0,05	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
Persoonlijkheidsstoornis	0,86	0,01	0,78	1,76	1,74	1,39	0,81	0,27	0,03
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,09	0,26	0,15	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,00
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	0,05	0,00	0,03	0,06	0,11	0,09	0,07	0,04	0,01
Overige stoornissen op as-I	1,90	0,61	1,98	3,01	3,51	3,03	1,72	0,72	0,21
<b>Totaal</b>	<b>7,69</b>	<b>3,18</b>	<b>8,20</b>	<b>13,02</b>	<b>13,03</b>	<b>11,39</b>	<b>7,11</b>	<b>3,05</b>	<b>0,85</b>

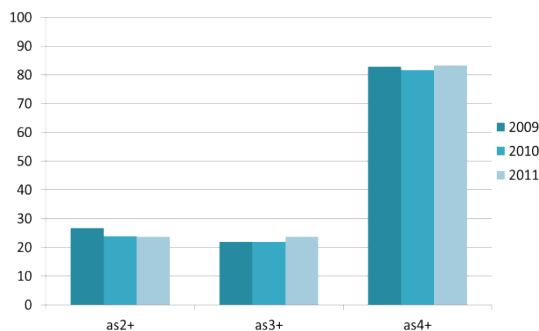
Grafiek A1 % patiënten met een aanpassingsstoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren.



Grafiek A2 % patiënten met een angststoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren.

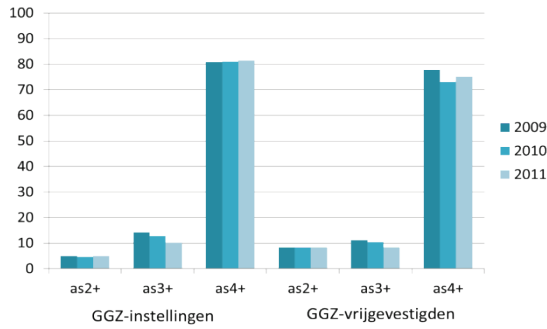


Grafiek A3 % patiënten met een stemmingsstoornis die ook een diagnose hadden op as-II, as-III of as-IV en die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren.

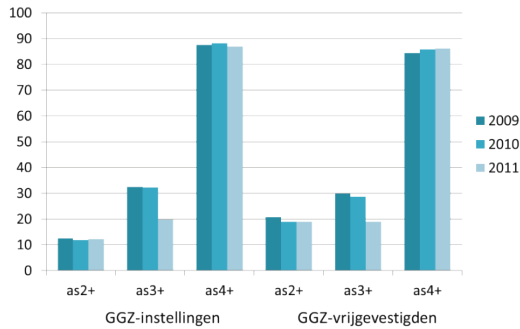




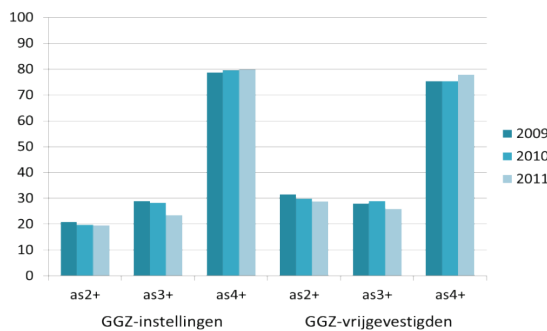
Grafiek A4 % afgesloten DBC's voor een aandachtstekortstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



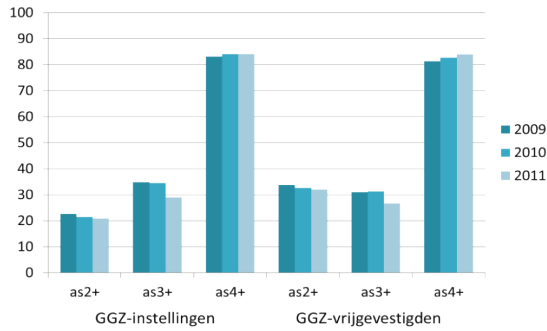
Grafiek A5 % afgesloten DBC's voor een aanpassingsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



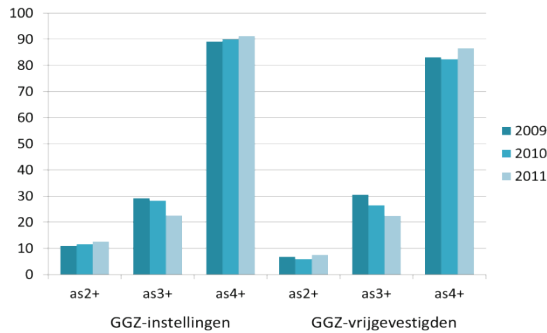
Grafiek A6 % afgesloten DBC's voor een angststoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



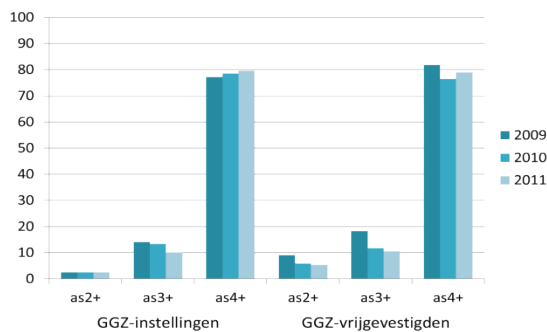
Grafiek A7 % afgesloten DBC's voor een depressieve stoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



Grafiek A8 % afgesloten DBC's voor een persoonlijkheidsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011<sup>1</sup>.

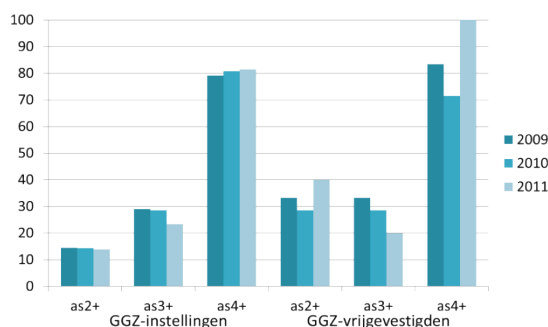


Grafiek A9 % afgesloten DBC's voor een pervasieve ontwikkelingsstoornis bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



<sup>1</sup> Voor de afgesloten DBC's binnen de gespecialiseerde GGZ is de diagnose persoonlijkheidsstoornis gecodeerd op as-I.

Grafiek A10 % afgesloten DBC's voor schizofrenie of andere psychotische stoornissen bij GGZ-instellingen en GGZ vrijgevestigden waarbij eveneens sprake was van een diagnose op as-II, as-III of as-IV in 2009, 2010 of 2011.



Tabel A13 Het aantal patiënten met psychische klachten waarbij de huisarts psychofarmaca heeft voorgeschreven in 2009, 2010 en 2011 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Psychofarmaca	2009	2010	2011
Antidepressiva	32,27	31,44	32,60
Antipsychotica	5,97	5,88	6,08
Anxiolytica	24,63	23,37	24,16
Dementiemiddelen	0,49	0,50	0,50
Hypnotica en sedativa	5,86	6,24	7,01
Middelen bij alcoholverslaving	0,49	0,43	0,42
Psychofarmaca	74,45	72,61	78,59

Tabel A14 Het aantal patiënten met psychische klachten die door de huisarts binnen de eerstelijns GGZ verwezen zijn in 2009, 2010 en 2011 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Verwijzingen	2009	2010	2011
Maatschappelijk werk	0,53	0,43	0,33
Eerstelijnspsycholoog	7,48	8,05	10,30
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	0,28	0,25	0,08
<b>Totaal naar eerstelijns GGZ</b>	<b>8,29</b>	<b>8,73</b>	<b>10,71</b>

Tabel A15 Het aantal patiënten met psychische klachten die door de huisarts naar de tweedelijns GGZ verwezen zijn in 2009, 2010 en 2011 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Verwijzingen	2009	2010	2011
Psychiatrie	5,66	5,78	5,41
Riagg	2,44	2,28	1,52
Psychogeriatric	0,09	0,08	0,13
<b>Totaal naar tweedelijns GGZ</b>	<b>8,19</b>	<b>8,13</b>	<b>7,05</b>

Tabel A16 Het aantal patiënten die via een bepaalde hulpverlener bij de eerstelijnspsycholoog terecht zijn gekomen in 2009, 2010 en 2011 (per 1.000 Nederlanders).

Hulpverlener	2009	2010	2011
Eigen initiatief	1,53	1,60	1,40
Huisarts	3,51	3,44	3,02
Collega/ELP	0,07	0,07	0,06
Gespecialiseerde GGZ	0,05	0,05	0,06

Tabel A17 Het aantal patiënten met een Stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-Idie in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die behandeling krijgen (per 1.000 Nederlanders).

As-I stoornis	2009	2010	2011
Aanpassingsstoornis	1,02	1,05	0,68
Angststoornis	0,70	0,71	0,74
Stemmingsstoornis	0,88	0,91	0,97
Overige stoornissen op as-I	0,94	0,93	0,87
<b>Totaal</b>	<b>4,25</b>	<b>4,28</b>	<b>3,80</b>

Tabel A18 Het aantal patiënten met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die crisisinterventie krijgen (per 1.000 Nederlanders).

As-I stoornis	2009	2010	2011
Aanpassingsstoornis	0,11	0,11	0,07
Angststoornis	0,04	0,05	0,04
Stemmingsstoornis	0,06	0,08	0,07
Overige stoornissen op as-I	0,10	0,11	0,10
<b>Totaal</b>	<b>0,45</b>	<b>0,45</b>	<b>0,37</b>

Tabel A19 Het aantal patiënten met een stoornis, geassocieerd op DSM-IV as-I die in 2009, 2010 of 2011 bij een eerstelijnspsycholoog onder behandeling waren, en die psychofarmaca gebruiken (per 1.000 Nederlanders).

As-I stoornis	2009	2010	2011
Aanpassingsstoornis	0,19	0,18	0,11
Angststoornis	0,22	0,21	0,20
Stemmingsstoornis	0,33	0,32	0,33
Overige stoornissen op as-I	0,20	0,20	0,17
<b>Totaal</b>	<b>1,05</b>	<b>1,00</b>	<b>0,89</b>

Tabel A20 Het aantal patiënten met een DSM-IV as-I stoornis die in 2009, 2010 of 2011 door een eerstelijnspsycholoog zijn verwezen naar eerstelijns GGZ of gespecialiseerde GGZ (per 1.000 Nederlanders).

As-I stoornis	2009		2010		2011	
	Eerstelijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Eerstelijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Eerstelijns GGZ	Gespecialiseerde GGZ
Aanpassingsstoornis	0,03	0,06	0,03	0,06	0,02	0,03
Angststoornis	0,03	0,09	0,03	0,08	0,02	0,09
Stemmingsstoornis	0,03	0,14	0,04	0,15	0,03	0,15
Overige stoornissen op as-I	0,04	0,12	0,05	0,12	0,03	0,10
<b>Totaal</b>	<b>0,17</b>	<b>0,46</b>	<b>0,19</b>	<b>0,47</b>	<b>0,12</b>	<b>0,42</b>

Tabel A21 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per stoornis, geclassificeerd op DSM-IV as-I in de GGZ instellingen in 2009, 2010 en 2011

As-I stoornis	Diagnostiek			Steunend en structurerend			Psychotherapie		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Aandachtstekortstoornis	285	284	277	205	241	242	73	92	168
Aanpassingsstoornis	193	203	248	270	244	242	70	88	90
Angststoornis	274	240	257	357	352	349	231	213	229
Depressieve stoornis	375	346	361	797	639	542	156	305	193
Overige stoornissen in de kindertijd	90	102	122	65	75	82	17	19	20
Persoonlijkheidsstoornis	170	268	179	472	498	454	183	251	261
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	204	218	213	248	334	294	81	60	48
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	125	133	307	527	601	573	12	16	19
Overige stoornissen op as-I	714	705	880	974	1.177	1.093	323	338	342
<b>Totaal</b>	<b>2.577</b>	<b>2.697</b>	<b>2.981</b>	<b>3.947</b>	<b>4.172</b>	<b>3.879</b>	<b>1.152</b>	<b>1.387</b>	<b>1.372</b>
	<b>Farmacotherapie</b>			<b>Crisis opvang</b>					
As-I stoornis	2009	2010	2011	2009	2010	2011			
Aandachtstekortstoornis	61	62	93	8	9	10			
Aanpassingsstoornis	15	17	19	31	33	33			
Angststoornis	38	45	48	23	25	27			
Depressieve stoornis	91	91	118	57	59	61			
Overige stoornissen in de kindertijd	4	5	5	2	2	3			
Persoonlijkheidsstoornis	34	41	44	39	55	45			
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	22	28	32	8	10	24			
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	83	127	103	110	115	94			
Overige stoornissen op as-I	119	170	181	120	110	125			
<b>Totaal</b>	<b>468</b>	<b>587</b>	<b>644</b>	<b>443</b>	<b>469</b>	<b>469</b>			

Tabel A22 Het aantal gedeclareerde fte voor diverse behandel functies per DSM-IV as-I stoornis bij GGZ vrijgevestigde specialisten in 2009, 2010 en 2011.

As-I stoornis	Diagnostiek			Steunend en structurerend			Psychotherapie		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Aandachtstekortstoornis	13	23	24	2,27	3,87	6,38	13	27	21
Aanpassingsstoornis	19	22	20	4,05	5,21	6,95	68	80	78
Angststoornis	19	22	25	5,93	7,03	11,07	87	106	117
Depressieve stoornis	26	30	33	11,39	12,48	18,74	138	158	157
Overige stoornissen in de kindertijd	7	17	21	0,57	2,63	6,22	6	9	8
Persoonlijkheidsstoornis	12	15	15	5,11	5,49	7,22	93	112	116
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	7	12	14	1,15	2,29	3,67	5	7	7
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1	1	1	1,23	1,38	1,53	2	2	2
Overige stoornissen op as-I	33	48	52	7,09	8,80	13,20	119	140	151
<b>Totaal</b>	<b>153</b>	<b>214</b>	<b>235</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>76</b>	<b>535</b>	<b>644</b>	<b>661</b>
As-I stoornis	Farmacotherapie			Crisis opvang					
	2009	2010	2011	2009	2010	2011			
Aandachtstekortstoornis	4,73	6,24	6,49	0,02	0,06	0,07			
Aanpassingsstoornis	1,36	1,37	1,20	0,13	0,13	0,12			
Angststoornis	4,71	5,10	5,71	0,26	0,34	0,36			
Depressieve stoornis	10,76	11,90	12,79	0,45	0,58	0,54			
Overige stoornissen in de kindertijd	0,12	0,16	0,14	0,00	0,01	0,01			
Persoonlijkheidsstoornis	1,93	2,18	2,15	0,40	0,37	0,37			
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0,86	1,81	1,92	0,02	0,05	0,05			
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	1,11	1,25	1,05	0,19	0,07	0,03			
Overige stoornissen op as-I	3,20	3,65	3,65	0,90	0,60	0,46			
<b>Totaal</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>2,44</b>	<b>2,24</b>	<b>2,03</b>			